
1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY	V. MAGNAN	F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.	Membre de l'Académie de médecine Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).	Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

Deuxième série, tome XV. — 1903.

Avec 11 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1903

Vol. XV. Janvier 1903. N° 85.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions anatomiques initiales et terminales.

PAR LES DOCTEURS

P. KERAVAL, Directeur-médecin ET G. RAVIART, Médecin-adjoint

de l'asile d'Armentières.

HISTORIQUE

Ce n'est que dans la seconde moitié du XIXe siècle que, grâce à l'ophtalmoscope, les neuro-pathologistes purent examiner le fond de l'œil des paralytiques généraux. Dès 1853, Lasègue, Moreau, Marcé, Dagonnet pratiquèrent cet examen, mais ne laissèrent pas de documents concernant les altérations qu'ils purent observer.

En 1866, Bouchut, relatant trois observations de paralysie générale, signale dans chacune d'elles l'existence de l'atrophie papillaire.

Voisin, en 1868, note cinq fois l'atrophie de la papille, il remarque, cinq fois, les artères ou leurs branches dilatées ou flexueuses; altérations, ajoute-t-il, en rapport avec celles des artères de l'encéphale. La même année, Magnan se livrait à des recherches semblables, et ses conclusions étaient les suivantes : 1° « Dans les deux yeux existe un liseré grisâtre des deux côtés des vaisseaux qui émergent de la papille. Cette altération est de la sclérose par propagation des parois des vaisseaux de l'encéphale; 2° Il existe de l'œdème péripapillaire sous forme de cercle brunâtre. » Altérations indiquées par Galezowski ; 3° Parfois, et au début de la paralysie générale, la papille est hyperhémiée, les artères et les veines

sont dilatées. C'était pour lui le premier stade, l'anémie, l'atrophie devant bientôt suivre. Il note 6 amblyopies monoculaires et trois cas d'amaurose absolue binoculaire.

En 1870, Tebaldi, sur 20 paralytiques examinés, ne trouve qu'une fois le fond de l'œil normal. En 1872, Noyes, presque dans tous les cas examinés à l'ophthalmoscope, trouva des lésions : la congestion, l'infiltration de la papille et de la rétine, la papille floue, gris sombre, mal limitée, nuageuse, de la névro-rétinite.

L'amaurose, connue depuis Calmeil, pouvait donc survenir au cours de la paralysie générale, et, alors que Billod n'en cite que trois cas sur 400 malades examinés, et que Galezowski n'en ait trouvé qu'un seul sur 40 malades, Cliffort Allbutt avait rencontré l'atrophie papillaire 41 fois sur 54 malades.

Jehn de Siegburg, un an plus tard, notait également l'atrophie du nerf optique (4 fois des deux côtés, 3 fois d'un seul côté, et 8 fois l'atrophie commençante), dans 19 p. 100 des cas. Raoult, dans sa thèse inaugurale, comptait, en 1877, au nombre des symptômes de la paralysie générale, l'atrophie papillaire. Il avait examiné 167 malades et noté 18 fois l'atrophie. Ach. Foville fils, la même année, s'occupait de la question : « L'œil peut être le premier lésé, on peut voir des malades qui, pendant quelques années, n'ont présenté comme symptôme unique que de l'affaiblissement puis de la perte de la vue et qui sont des paralytiques généraux. L'atrophie est tantôt blanche, tantôt grise. » Il en observait quatre cas dans lesquels l'atrophie se serait propagée par le nerf optique.

En 1879, paraissent la thèse de Boy et le mémoire de Doutrebente qui, ayant examiné 47 paralytiques généraux, tire de cet examen les conclusions suivantes : « L'atrophie papillaire ou commençante ou confirmée se rencontre de 5 à 10 fois sur 100 cas. On remarque plus souvent des altérations vasculaires telles que la dilatation des veines surtout, l'altération des parois et des tâches hémorrhagiques ou bien une congestion généralisée du fond de l'œil ».

Nettleship cite une observation où l'atrophie du nerf optique précède les symptômes mentaux. Magnan avait d'ailleurs déjà remarqué que l'atrophie blanc grisâtre du disque, chez un homme âgé de 35 ans, avait été suivie neuf mois plus

tard de troubles mentaux qui se développèrent au cours de la paralysie générale.

En 1883, Hirschberg, s'occupant des troubles oculaires dans la paralysie générale, s'exprime ainsi : « L'atrophie des nerfs optiques se voit, mais rarement ; d'après Mendel, on ne la rencontre que dans 4 à 5 p. 100 des cas de paralysie générale ». Il cite l'observation d'un homme âgé de 44 ans, dont la papille était blanche et trouble, d'un blanc grisâtre à l'image droite, mais à limites nettes ; les vaisseaux étaient normaux. Cet état indicateur d'une affection scléreuse et atrophique du tronc des nerfs optiques éveilla l'attention sur une maladie du système nerveux, fit suspecter la paralysie générale qui s'affirma par la suite.

Uhthoff en 1883 observe un état de trouble (Trübung) plus ou moins intense et symétrique qui intéresse à la fois la papille et la rétine jusque dans ses parties périphériques, chez 28 p. 100 des paralytiques observés (150). Dans 8 p. 100 des cas, cet état se compliquait d'une hyperémie de la papille. Enfin chez 8,2/3 p. 100 de ces malades existait une atrophie du nerf optique.

Dans des recherches ultérieures, Uhthoff trouva des lésions du fond de l'œil chez 50 p. 100 des paralytiques examinés (150).

Peltesohn, en 1886, ne trouve que 3,06 p. 100 d'atrophie papillaire. La même année, Siemerling en trouvait 6 p. 100.

Klein décrit en 1887 une rétinite paralytique 18 fois sur 42 malades, la décoloration de la papille une fois, deux fois l'atrophie, une fois la papille de stase.

Wiglesworth et Bickeston, trois ans plus tard (1889) trouvent, sur 66 cas de paralysie générale, une minorité considérable de névrites et d'atrophies optiques, consécutives au développement des symptômes psychiques. Après être revenu sur l'observation de Nettleship que nous avons déjà citée, ils y ajoutent celle-ci : « 1° Le malade devint aveugle plus de deux ans avant l'apparition des symptômes mentaux ; 2° Les mêmes accidents oculaires se produisirent chez une autre malade, une femme âgée de 26 ans qui ne semblait avoir qu'une manie pure et qui cependant succomba, douze mois plus tard, à la paralysie générale ».

Gilbert Ballet, en 1893, rapporte un cas d'atrophie papillaire trouvée, avec Jocqs, sur 37 malades examinés. Neil

Jameson Hepburn, de New-York (1895), publie quelques cas de troubles oculaires avant même que tous les autres symptômes de la paralysie générale ne fussent devenus nets : 1° Le nerf optique était décoloré, strié, présentait un aspect voilé, puis une coloration bleuâtre, enfin une excavation et une altération légères des vaisseaux de la papille ; 2° Augmentation du tissu conjonctif de la rétine.

Le professeur Schmidt Rimpler signale, en 1898, des altérations de l'œil qu'il a trouvées plus que partout ailleurs dans la paralysie générale. Après avoir signalé l'inégalité pupillaire, la paralysie des muscles, l'atrophie du nerf optique, il signale, d'après Fürstner, des troubles ophthalmoscopiques qui seraient la suite de foyers de ramollissement dans le lobe occipital et les autres parties du cerveau. On les observerait après ou pendant les attaques congestives de concert avec la perte des fonctions visuelles. La même année, Dawson et Rambaux publient leurs recherches concernant 40 paralytiques. Chez 30 d'entre eux l'examen ophthalmoscopique fut possible et les auteurs trouvèrent 3 fois une atrophie avancée, 1 fois une névrite optique, 3 fois un reliquat d'une névrite antérieure, 1 fois une légère neurorétinite.

Reznikow enfin, publie en 1900, 6 observations de paralytiques généraux ; s'occupant surtout des modifications du champ visuel il conclue que le rétrécissement du champ visuel est le signe le plus précoce, le plus sûr, le plus caractéristique du début des altérations du nerf optique lesquelles sont très fréquentes chez les malades ; il se demande en terminant quel est le processus pathologique qui préside au développement de l'atrophie du nerf optique, il croit à l'existence d'une névrite optique interstitielle et donne la parole à l'anatomie microscopique.

ÉTUDE CLINIQUE

Sur les 84 paralytiques généraux avérés qui se trouvaient à l'asile d'Armentières au moment où nous avons commencé cette étude, nous avons dû en éliminer une trentaine, alités, gâteux, arrivés dans un tel état de marasme qu'il était impossible d'attirer leur attention et de les examiner convenablement, de sorte qu'en réalité il ne nous en est

resté que 51. Ces 51 malades, étaient tous des paralytiques généraux arrivés à une période avancée de la maladie, c'est dire que nous n'avons pu mesurer ni leur acuité ni leur champ visuel, force nous a donc été de nous borner à l'examen ophtalmoscopique.

Nous ne rapporterons pas ici par le détail les 51 observations de nos malades et nous renverrons le lecteur désireux de les consulter à l'excellent travail de notre interne le Dr P. Caudron [1]. Qu'il nous suffise de dire qu'ils présentaient la plupart des symptômes de la paralysie générale, qu'aucun n'était tabétique, et que chez presque tous, l'alcoolisme était le facteur étiologique signalé, la syphilis étant notée dix fois la dégénérescence vingt-quatre fois.

Les lésions du fond de l'œil que nous avons constatées étaient très variables comme intensité, nous les avons rencontrées chez 42 de nos malades, soit dans la proportion de 82,35 p. 100.

Chez sept malades, dont la paralysie générale avait déjà atteint une période avancée, nous avons trouvé des lésions plus particulièrement accusées : trois fois l'*atrophie blanche* bilatérale ; deux fois l'*atrophie blanche* de la papille de l'œil gauche, la papille droite étant moins atteinte. La papille était tout à fait blanche et nacrée, éclatante à l'ophtalmoscope sans diminution notable de son diamètre, l'excavation centrale un peu plus marquée, la trame de tissu conjonctif plus visible. Les vaisseaux étaient en quelque sorte ratatinés.

Une fois l'*atrophie grise* bilatérale.

Une fois de la *scléro-choroïdite* postérieure des deux yeux. Le malade n'était pas myope, sa sclérochoroïdite était moyenne ; quelques placards blancs, nacrés, avec quelques vestiges de vaisseaux choroïdiens, une coudure des vaisseaux rétiniens, quelques corps flottants, formaient l'ensemble ophthalmoscopique. Comme troubles fonctionnels, le malade nous dit avoir vu bien souvent des éclairs passer devant ses yeux ; sa vision était assez bonne. Il serait peut-être téméraire d'inculper la paralysie générale, mais le manque de myopie, dans ce cas, porte à croire qu'elle n'y est pas étrangère.

[1] CAUDRON (P.). *Le fond de l'œil des paralytiques généraux et ses lésions initiales.* Thèse de Lille 1902. Ve Masson, éditeur, Lille.

Ces malades étaient tous alcooliques, cinq d'entre eux présentaient des stigmates de dégénérescence, un était syphilitique; il présentait de l'atrophie blanche bilatérale et l'observation montre que la paralysie générale débuta chez lui par la perte de la vue.

Ces sept cas constituent un premier groupe dans lequel les lésions du fond de l'œil étaient très accusées.

Les autres malades présentaient des lésions moins avancées. La fovea centralis droite était chez l'un d'eux pâle et blanche. La papille du même côté paraissait *pâle*, étalée, comme *lavée*. Cet aspect de la papille, nous l'avons retrouvé plus ou moins accentué chez 13 de nos malades. Ce n'était plus la papille de l'atrophie grise, ce n'était pas non plus l'aspect strié des névrites optiques, l'aspect en était simplement *estompé*, c'était en quelque sorte une papille peu précise, n'ayant pas la teinte rosée de la papille normale, les artères n'étaient pas filiformes. Les malades avaient encore une acuité visuelle suffisante pour se diriger, pour lire même, autant toutefois que leur état mental le permettait.

Chez 22 autres malades l'aspect était quelque peu différent, et la papille tantôt rosée, tantôt pâle dans toute son étendue, tantôt blanchâtre en quelques points présentait un état *flou* de ses bords interne, externe, inférieur ou supérieur qui étaient *indécis*. Le bord nasal était le plus souvent intéressé.

Dans ces cas, la papille présente évidemment un degré d'altération moindre que l'atrophie papillaire blanche, mais le pas est vite franchi, et un de nos malades chez qui nous avions constaté cet état *flou* de la papille, présentait, un mois plus tard, une atrophie blanche très nette, tandis qu'il lui était devenu impossible de se diriger.

Les lésions intéressaient inégalement les deux yeux chez 18 de ces 35 malades, chez les 17 autres, une seule papille était altérée, la droite dans 12 cas, la gauche dans 5.

Chez 9 malades nous n'avons pas trouvé de lésion du fond de l'œil, les uns étaient en rémission, les autres étaient atteints d'une paralysie générale à évolution lente, 8 d'entre eux étaient alcooliques, 2 étaient syphilitiques.

Les lésions que nous venons de décrire brièvement ne sont pas absolument nouvelles ainsi qu'il est aisé de s'en rendre compte en parcourant notre chapitre d'historique et la plu-

part des auteurs qui y sont cités ont décrit comme nous, l'atrophie grise et l'atrophie blanche de la papille, peut-être ont-ils moins étudié la période de début de cette atrophie, période marquée par l'état flou, lavé, de la papille tel que nous l'avons rencontré chez de nombreux malades; quoi qu'il en soit nos recherches viennent se joindre aux leurs pour démontrer péremptoirement la grande fréquence des lésions du fond de l'œil chez les paralytiques généraux, lésions revêtant la forme d'une névrite optique interstitielle qui en évoluant fait subir à la papille une série de modifications allant de la simple pâleur à l'atrophie blanche totale en passant par l'état flou, le manque de netteté de ses bords, l'aspect blanchâtre de ces mêmes bords et enfin l'atrophie grise de la papille tout entière.

A mesure que nous observions ces lésions, deux questions se présentaient à notre esprit : De quel agent étiologique étaient-elles tributaires? Fallait-il les identifier aux lésions oculaires que l'on rencontre dans d'autres affections, dans le tabes par exemple?

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, tous nos malades étaient alcooliques, quelques-uns étaient syphilitiques (il est bien entendu que nous ne voulons pas dire que les autres ne l'étaient pas, mais simplement que dans ces cas nos renseignements n'indiquaient pas la syphilis dans les antécédents). Les altérations pouvaient donc relever d'un de ces deux facteurs. Pour qui sait la multiplicité des formes que revêtent les altérations syphilitiques de la papille, lesquelles sont tantôt consécutives à des chorio-rétinites, tantôt semblables à des atrophies tabétiques ou à des atrophies simples, le problème n'était pas facile à résoudre.

Raoult, dans sa thèse, rapporte une partie des atrophies observées, aux antécédents alcooliques de ses malades sans se baser du reste sur des raisons bien importantes.

Comme dans les névrites alcooliques, nous avions bien dans certains cas de la décoloration temporale de la papille, mais dans d'autres, la décoloration occupait le bord interne, supérieur ou inférieur; et enfin les lésions n'étaient pas bilatérales.

Pour ce qui concerne la syphilis, nous n'avons pas observé de lésions de chorio-rétinite préatrophique chez nos malades, nous n'avions pas affaire à des atrophies simples, les bords

de la papille étant flou dans presque tous les cas, et l'acuité visuelle des malades ne semblant pas diminuer proportionnellement à l'importance des lésions; le diagnostic n'est donc à faire qu'avec les névrites atrophiques syphilitiques; mais ici encore nous nous heurtons aux plus grandes difficultés, ces névrites donnant à l'ophtalmoscope des images analogues à celles que nous avons observées.

Il ne nous était donc pas possible de poser un diagnostic étiologique certain.

D'autre part, l'atrophie papillaire de nos malades ressemblait à celle que l'on observe chez les tabétiques et nous n'avons pas observé entre elles les différences signalées par Raoult. (Selon lui, l'atrophie blanche des paralytiques diffère de celle des ataxiques en ce que chez les premiers l'excavation centrale est plus marquée et la trame conjonctive plus visible.) De sorte que rien jusqu'ici ne nous permet de distinguer l'atrophie paralytique de l'atrophie tabétique d'après l'examen ophthalmoscopique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Notre étude clinique, bien qu'intéressante, n'aurait pas revêtu l'importance qu'elle présente, si elle n'avait été complétée par un examen anatomo-pathologique venant exercer sur elle, en quelque sorte, un véritable contrôle tout en nous éclairant sur la nature des lésions décelées par l'examen ophthalmoscopique.

Trois autopsies arrivées à point nous ont permis de corroborer l'examen clinique; ce sont celles : 1° de deux malades présentant des lésions peu intenses de la papille, l'un B... avait cependant déjà de la blancheur de la papille, tandis que l'autre S... présentait simplement l'état flou que nous avons décrit; comme chez l'un et l'autre l'œil gauche était d'apparence normale, nous avons pu nous livrer à des comparaisons des plus profitables, entre l'état des quatre papilles soumises à notre examen. (Dans les deux cas, l'autopsie a été pratiquée moins de quinze jours après l'étude ophtalmoscopique, de sorte qu'il n'a pu survenir dans ce court intervalle de temps de modification profonde dans la structure de la papille, et que examens clinique et histologique

sont bien adéquats.) 2° Du malade V..., atteint d'atrophie papillaire blanche bilatérale.

1° Lésions initiales

Observation I. — B. J..., quarante-neuf ans, entré en août 1901, donnait depuis six mois des signes d'aliénation mentale. Dégénéré, alcoolique (il était garçon brasseur), il se dit directeur de brasserie, il vient de gagner cent mille francs à une loterie, il est maire de son village, tout le monde l'aime ; il remplace le curé quand celui-ci ne peut dire la messe. Idées, par conséquent, absurdes de grandeur et de satisfaction. Quelques idées de persécution viennent s'ajouter à ce tableau : on lui en veut, on lui vole ses effets. Aucune systématisation. Mémoire abolie.

Signes physiques : marqués de paralysie générale. Tremblement fibrillaire de la langue, des mains, des muscles de la face, achoppement syllabique ; réflexes exagérés. Athérome artériel.

Symptômes oculaires. — Réflexe cornéen normal, inégalité pupillaire en faveur de la pupille droite, réflexe pupillaire à la lumière et à l'accommodation normal. *Examen ophtalmoscopique :* œil droit : légère atrophie avec état vascularisé intense de la papille. Demi-sphère externe très réfringente, nacrée ; demi-sphère interne normale. L'œil gauche paraissait normal. — L'affection évolua rapidement et le malade mourut dans le marasme le 16 avril 1902.

L'*autopsie*, pratiquée quelques heures après la mort, montra que nous avions bien affaire à un paralytique général.

La calotte cranienne épaisse, non transparente, était adhérente à la dure-mère, laquelle, de couleur nacrée, très congestionnée, était perforée par d'énormes granulations méningiennes. Elle était plus mince dans sa partie frontale. — La pie-mère, très congestionnée, surtout à gauche, était distendue par un liquide séreux assez abondant.

Cerveau : Les circonvolutions et notamment les frontales étaient atrophiées et les sillons paraissaient plus larges et plus profonds. Elles étaient le siège d'érosions multiples, notamment au niveau des circonvolutions frontales, érosions dues à l'enlèvement de la pie-mère. — Pas de lésions macroscopiques importantes de la substance cérébrale. — *Vaisseaux :* Athérome des artères basilaire et sylviennes.

Les yeux ont été fixés sitôt après la mort dans de l'alcool à 95° ; les nerfs optiques dans le liquide de Müller.

Après inclusion dans la celloïdine, nous avons pratiqué une série de coupes longitudinales passant par le nerf optique, par la papille et par la rétine. Ces coupes, traitées par l'hématoxyline, la triple coloration de Biondi-Heidenhain, le bleu de méthylène, le

picro-carmin, l'éosine, la méthode de Van Gieson, nous ont permis de constater l'existence des lésions suivantes :

Œil droit. — 1° *Rétine :* La couche des fibres nerveuses est en certains points très altérée, les fibres y sont gonflées, diminuées en nombre, particulièrement du côté temporal; ces lésions sont surtout apparentes aux points où *la couche des cellules nerveuses* présente des altérations plus intenses. De nombreuses cellules de cette couche présentent en effet, à divers degrés, les altérations ordinaires des éléments du système nerveux : le gonflement du noyau et du protoplasme cellulaire semble être la lésion initiale, c'est celle que nous avons rencontrée le plus souvent. On constate ensuite une ou plusieurs vacuoles du protoplasme, qui, dans

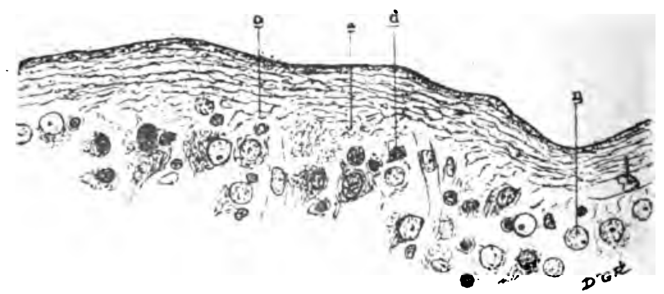


Fig. 1.

Coupe transversale de la rétine de l'œil droit du malade B... Grossissement 476 diamètres. Seules les couches des fibres et des cellules nerveuses ont été représentées. Les cellules nerveuses sont très altérées. Bon nombre d'entre elles sont réduites à leur noyau *n*, nombreux neuronophages *d*, les fibres nerveuses, également altérées, moniliformes en *o* ont disparu en certains points *a*.

certaines cellules, présente un aspect aréolaire. Quand les lésions du protoplasme ont atteint ce degré, le noyau est à la périphérie de la cellule, fait le plus souvent hernie et son nucléole est accolé à sa paroi ; bientôt, le noyau qui, jusque-là, se colorait bien par l'alun à l'hématoxyline, devient incolore ; le protoplasme qui l'entoure se désagrège, devient granuleux, et le prolongement protoplasmique présente alors sur une certaine longueur le même aspect ; puis le protoplasme disparaît et le noyau lui-même irrégulier de contour, complètement décoloré, est tout ce qui reste de l'élément cellulaire.

Ces altérations apparaissent surtout marquées à environ 7 millimètres du bord externe de la papille, mais on les trouve disséminées un peu partout. Nous devons signaler maintenant l'existence d'un certain nombre de neuronophages, petites cellules à noyau rond, à protoplasme rare, présentant un ou plusieurs pro-

longements, cellules dont la nature est très discutée et que nous croyons être des cellules de névroglie. On les rencontre dans le voisinage des cellules nerveuses plus ou moins altérées, accolées à elles et semblant même çà et là les pénétrer.

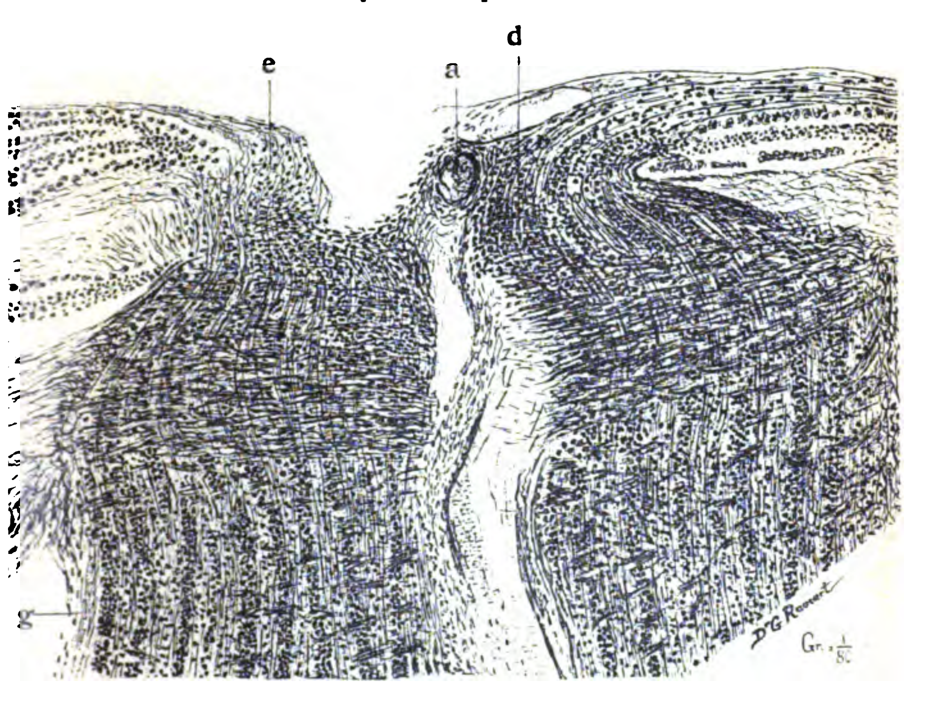


Fig. 2.

Coupe longitudinale de la papille et du nerf optique droit du malade B... à son entrée dans le globe de l'œil. Grossissement 55 diamètres. — La coupe passe par la partie centrale du nerf; en *a* section transversale de l'artère centrale. L'augmentation du nombre des éléments, conjonctifs et névrogliques est frappante; en *d* envahissement de la papille par de nombreux éléments conjonctifs auxquels sont mêlés des noyaux névrogliques ; en *g* amas de noyaux névrogliques très proliférés; en *e* les fibres nerveuses apparaissent ondulées, diminuées en nombre, aussi leur passage dans la rétine se fait-il brusquement déterminant la production d'un coude.

Les lésions semblent surtout cantonnées aux cellules nerveuses de la rétine, et les autres couches ne présentent pas de lésions manifestes. Toutefois, leur épaisseur est de beaucoup inférieure à celle que leur assigne Testut dans son *Traité d'anatomie*.

Couche granuleuse interne : 24 μ au lieu de 35.

Couche intergranuleuse : épaisseur normale.

Couche granuleuse externe : 35 μ au lieu de 60.
Couche des cônes et des bâtonnets : 30 μ au lieu de 50.

2° *Papille :* Nous avons rencontré dans la couche des fibres nerveuses de la rétine un certain nombre de petites cellules de névroglie et des cellules conjonctives. Ces éléments apparaissent en quantité plus grande au fur et à mesure qu'on approche de la papille, et, à son niveau, ils sont d'une abondance extrême, abondance qui varie selon les points de la papille examinés. C'est ainsi que nous les voyons sur une coupe longitudinale du nerf et de la papille passant par l'artère centrale (voir fig. 2) exister en quantité moindre que dans la partie périphérique de la papille (voir *fig.* 3) où en *s*, l'infiltration conjonctive est à son maximum ; c'est d'ailleurs là le bord temporal de la papille où l'ophthalmoscope nous avait fait supposer l'existence d'une altération plus particulièrement prononcée.

Les éléments du tissu conjonctif existent en bien plus grand nombre que les cellules de névroglie. Ce sont pour la plupart des cellules conjonctives à noyau allongé, à masse protoplasmique très effilée. Elles sont, le plus souvent, dirigées transversalement par rapport aux fibres nerveuses, et paraissent provenir surtout des parois des vaisseaux de la papille.

En effet, l'artère et la veine centrales de la papille (a, v, *fig.* 3), qui apparaissent sectionnées transversalement, ont la couche externe de leur paroi très épaissie. Elle est constituée par de multiples couches concentriques de fibres conjonctives, autour desquelles existent de nombreux éléments cellulaires plus jeunes, que l'on voit se détacher en quelque sorte des parois de l'artère mais surtout de la veine pour pénétrer entre les fibres nerveuses. Nous venons de voir que c'est surtout, ainsi que l'on peut le constater sur nos figures 2 et 3, vers le bord externe de la papille que ces éléments conjonctifs existent en plus grande abondance.

Les capillaires sanguins de la papille sont nombreux, mais leur paroi ne paraît pas modifiée.

Nous avons dit qu'il existait également des cellules de névroglie, leur nombre est infiniment moins grand que celui des cellules conjonctives, nous les trouvons, surtout du côté du bord interne de la papille, moins envahi que l'autre par le tissu conjonctif ; elles possèdent un noyau volumineux, ovalaire, contenant quelques granulations, entouré d'un protoplasme assez abondant.

En dehors de ces éléments, nous ne rencontrons pas de leucocytes, et si nous avons trouvé la paroi des vaisseaux très hyperplasiée, il n'existait dans son voisinage aucun élément leucocytaire.

Les fibres nerveuses qui constituent la papille apparaissent bien groupées en faisceaux du côté interne et elles ne semblent pas

présenter en ce point d'altérations notables. Au niveau du bord

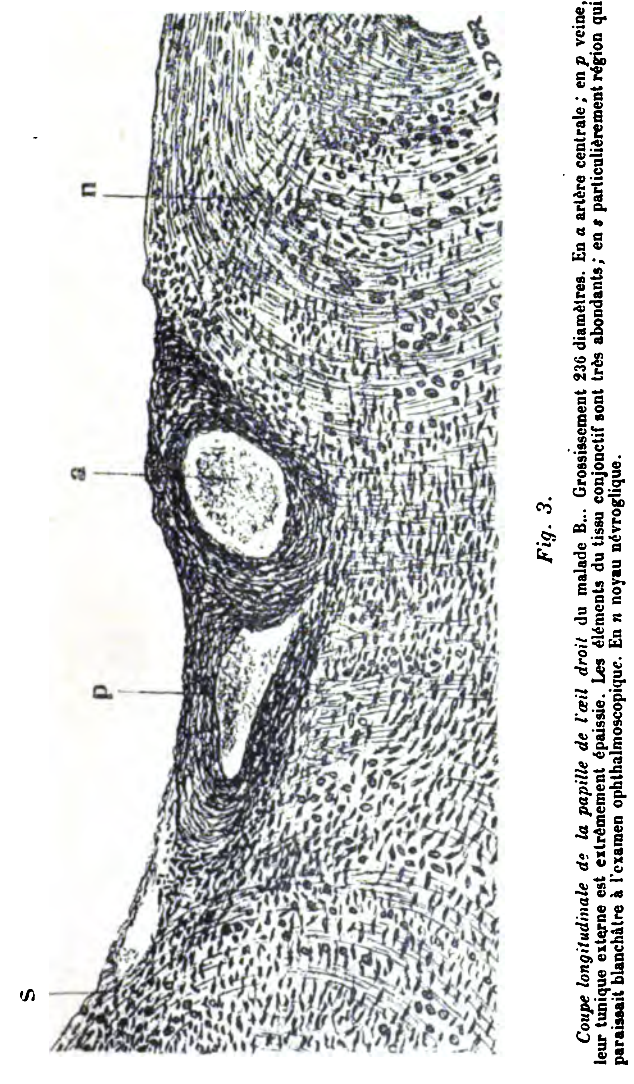


Fig. 3.

Coupe longitudinale de la papille de l'œil droit du malade B... Grossissement 236 diamètres. En *a* artère centrale ; en *p* veine, leur tunique externe est extrêmement épaissie. Les éléments du tissu conjonctif sont très abondants ; en *s* particulièrement région qui paraissait blanchâtre à l'examen ophthalmoscopique. En *n* noyau névroglique.

externe, il n'en est pas de même, et, ainsi que l'on peut s'en rendre compte sur la figure 2, les fibres y sont diminuées en

nombre, groupées irrégulièrement, sinueuses et manifestement altérées; l'atrophie papillaire apparaît dans toute son évidence au point où les fibres nerveuses se recourbent pour gagner la rétine, et, où par suite de la diminution de leur nombre, il s'est constitué un véritable coude bien apparent sur notre seconde figure.

Si nous considérons maintenant les fibres optiques au niveau de la *lame criblée*, nous constatons qu'elles y sont également entourées de nombreux éléments conjonctifs. Ces derniers, à l'état de cellules conjonctives adultes, sont tous dirigés transversalement et ils sont dus à une hyperplasie notable des éléments de la partie antérieure de la lame criblée. Cette partie d'origine choroïdienne très peu importante, chez l'homme, d'après Berger, est dans l'espèce, considérablement hypertrophiée. Les cellules conjonctives qui la constituent se mêlent au niveau des espaces interfasciculaires à de nombreuses cellules névrogliques que nous allons étudier en remontant vers le chiasma.

La partie de la lame criblée d'origine sclérotique est formée, comme à l'état normal, par de nombreux faisceaux de fibres conjonctives ne semblant pas présenter d'altérations notables, et les faisceaux de fibres nerveuses qui la traversent ne nous semblent en aucun point étranglés.

3° *Nerf optique :* Sur une coupe longitudinale du nerf optique à son entrée dans le globe de l'œil, telle qu'elle est représentée, figure 2, nous voyons que les couches de cellules névrogliques qui, normalement, se trouvent rangées en séries le long de la surface externe des faisceaux nerveux, sont beaucoup plus importantes que normalement ; en *g*, par exemple, elles constituent de véritables amas interfasciculaires. Leurs noyaux, bien colorés par l'alun à l'hématoxyline, sont de volume et de forme variable ; le plus souvent ovalaires, ils sont parfois arrondis ou réniformes, et leur diamètre varie de 5 à 11 millièmes de millimètre, la plupart en mesurant huit environ. Ils sont pourvus d'un nucléole très réfringent, et contiennent en outre un fin réseau de chromatine. Leur protoplasme est généralement abondant et les contours cellulaires sont de forme irrégulière. Ces cellules sont pourvues de prolongements multiples poussés dans tous les sens. présentant tous les caractères des éléments névrogliques, nous les étudierons d'ailleurs plus loin. Elles n'existent pas seulement entre les faisceaux, et, à l'intérieur de ceux-ci, elles ont également considérablement augmenté en nombre ; elles présentent là les caractères que nous venons d'étudier. C'est surtout à la périphérie des petits vaisseaux que la prolifération névroglique est intense ; c'est d'ailleurs là qu'elle semble prendre naissance. Parmi ces nombreux éléments, un certain nombre présentent des altérations diverses dont le dernier stade est la déformation et la décoloration

du noyau. Alors que, au niveau de la papille, les éléments du

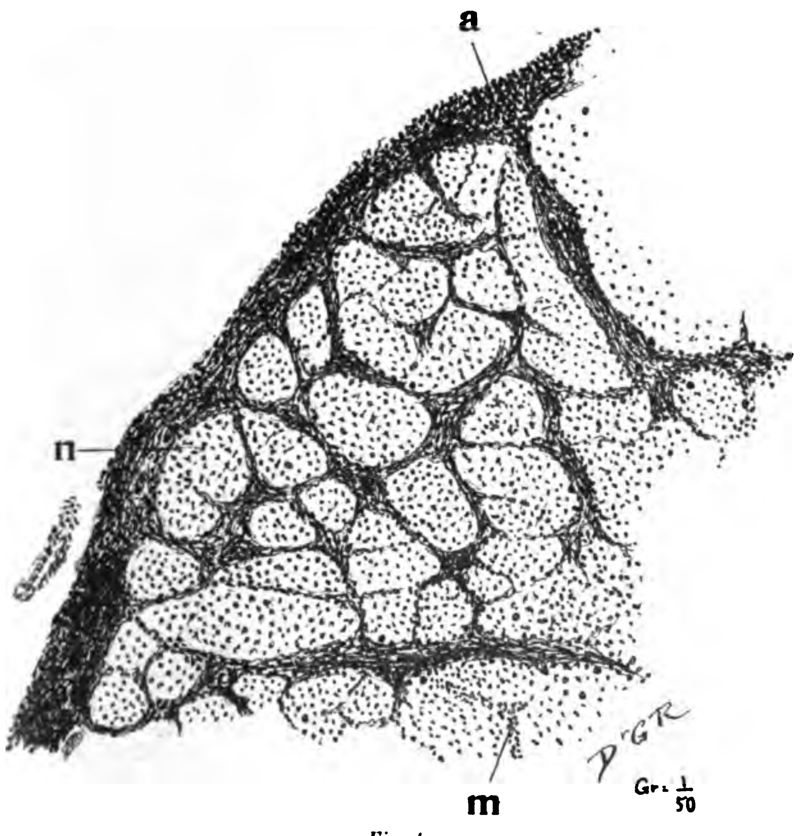


Fig. 4.

Coupe transversale du nerf optique droit du malade B..., pratiquée à un centimètre du chiasma. Grossissement : 50 diamètres.

On remarquera l'augmentation de volume des travées conjonctives et le grand nombre des éléments conjonctifs et névrogliques. En *a*, amas de cellules conjonctives dans la gaine du nerf; en *n*, cellules névrogliques intra-fasciculaires, représentées dans toute l'étendue de la figure par un nombre correspondant de points; elles sont surtout abondantes près des capillaires, autour desquels elles forment de véritables manchons comme en *m*; la plupart de ces cellules possèdent des prolongements, nous en avons représenté quelques-unes *fig.* 5, en *n*.

tissu conjonctif faisaient presque tous les frais de la prolifération, ils passent ici au second plan et leur nombre est infime comparativement à celui des cellules névrogliques. Les travées conjonc-

tives, bien qu'assez marquées, ne semblent pas, à ce niveau, différer de la normale.

Les fibres nerveuses paraissent pour la plupart normales et les lésions, en ce point, sont donc essentiellement dues à la prolifération du tissu interstitiel.

Dans sa *portion intracranienne*, les altérations du nerf optique sont les suivantes (voir *fig.* 4) : sur des coupes transversales du nerf, on constate une augmentation de l'épaisseur des travées conjonctives qui sont très riches en cellules et au milieu desquelles nous retrouvons les petits vaisseaux à paroi épaissie. La gaine piale du nerf est également le siège d'une augmentation des cellules conjonctives, qui forment comme en *a* par exemple des amas considérables d'éléments pourvus de volumineux noyaux ovalaires entourés d'un protoplasme peu abondant, accolés les uns aux autres.

Ce qui frappe surtout, c'est l'augmentation du nombre des cellules de névroglie péri et intra-fasciculaires. Alors que, normalement, d'après Gowers, on ne trouve, dans la coupe transversale d'un faisceau de fibres nerveuses du nerf optique, que quelques cellules névrogliques, nous en comptons ici jusqu'à quarante ; ces cellules, disséminées entre les fibres nerveuses, accolées aux capillaires autour desquels elles constituent comme en *m* de véritables manchons, ou encore rangées le long des travées conjonctives, sont, comme celles que nous avons décrites plus haut, pourvues d'un noyau de 8μ environ, d'un protoplasme abondant et de prolongements qui atteignent jusqu'à dix fois la longueur du corps cellulaire ; en certains endroits, la trame névroglique se trouve, de ce fait, très densifiée, et nous trouvons même de véritables petites plaques de sclérose évidemment constituées par la réunion d'un certain nombre de cellules névrogliques. Les tubes nerveux ne présentent pas d'altération évidente.

Œil gauche. — 1° *Rétine* : La rétine présente des altérations multiples, diffuses, cantonnées à la couche des fibres et surtout à celle des cellules nerveuses, au niveau de laquelle elles sont en certains points plus accusées que celles décrites pour l'œil droit.

Raréfiées en certains points, les fibres nerveuses sont réfractaires à la coloration par la fuchsine acide, et, celles qui aboutissent aux cellules malades sont profondément altérées ; leur aspect est moniliforme, leur minceur extrême en certains points.

Dans la couche des cellules nerveuses, de nombreux éléments sont profondément altérés, présentant à tous les degrés les modifications étudiées pour l'œil droit ; les neuronophages existent également. Pas de lésions évidentes des autres couches de la rétine.

2° *Papille* : Bien qu'infiltrée par d'assez nombreuses cellules conjonctives et névrogliques, la papille présente un aspect très

différent de celle du côté droit. Les fibres nerveuses dans leur ensemble paraissent normales et leurs faisceaux qui ne sont pas noyés parmi les cellules de soutien, comme ceux de l'œil droit, sont très apparents.

L'artère et la veine centrales ont, il est vrai, une paroi épaissie, mais les fibres conjonctives dominent et nous ne voyons point à leur pourtour d'épais faisceaux de cellules conjonctives se dirigeant dans toutes les directions.

Par contre, la partie interne de la *lame criblée* provenant de la choroïde est le siège d'une évidente augmentation des cellules conjonctives. Sa partie externe est d'apparence normale.

3° Le *nerf optique*, immédiatement en arrière de la lame criblée présente une augmentation très marquée du nombre des éléments névrogliques interfasciculaires qui sont de même forme, de même nombre et affectent les mêmes rapports que ceux observés pour l'autre nerf. Les cellules névrogliques intrafasciculaires ne sont guère augmentées en nombre. La trame conjonctive est en quelques endroits le siège d'une hyperplasie évidente, très limitée du reste. Les fibres optiques ne présentent pas d'altérations bien marquées.

Dans sa portion intracranienne, le nerf optique, sur des coupes transversales, pratiquées à un centimètre en avant du chiasma, présente une augmentation du nombre des cellules névrogliques péri et intrafasciculaires; toutefois, le nombre de ces éléments est toujours deux ou trois fois moindre que dans la région correspondante du nerf optique droit.

Les travées conjonctives sont épaissies surtout à la périphérie, au voisinage de la gaine, et les petits vaisseaux qu'elles contiennent ont leurs parois hypertrophiées, il en est de même pour la gaine piale du nerf qui contient, quoique en moins grande abondance que du côté droit, de nombreuses cellules conjonctives adultes.

Observation II. — S. A..., cinquante et un ans, célibataire, tisserand, entre à l'asile d'Armentières le 13 décembre 1901.

Sa mère est morte de « fièvre cérébrale ». Lui même est alcoolique, il a eu du rhumatisme articulaire à l'âge de vingt-cinq ans. Nombreux stigmates physiques de dégénérescence. Athérome artériel. Il présente tous les signes de la paralysie générale à la dernière période. Sa mémoire est abolie, son inconscience est absolue. Bredouillement, tremblement fibrillaire de la langue, des petits muscles de la face, tremblement des mains. Reflexe rotulien exagéré. Grande faiblesse musculaire. Gâtisme.

Symptômes oculaires : Réflexe cornéen aboli, inégalité pupillaire en faveur de la droite, réflexe pupillaire aboli à la lumière et à l'accommodation.

[illegible]

[illegible] de petites exostoses [illegible] antérieures et postérieures de la base du [illegible]

Pie-mère : [illegible] au niveau des deux hémisphères. [illegible] d'œdème.

Vaisseaux : Basilaire non athéromateuse, non plus que la sylvienne.

Cerveau : La pie-mère se détache assez facilement des circonvolutions ; elle y est adhérente au niveau des circonvolutions frontales, la première surtout, qui sont atrophiées en même temps qu'elles sont le siège d'érosions multiples. Les ascendantes sont très peu altérées, n'ont pas d'érosions. Quelques rares érosions sont disséminées un peu partout sur les lobes occipitaux. A la coupe du cerveau, rien de particulier à signaler.

L'examen histologique de l'écorce cérébrale, nous a permis de constater les lésions ordinaires de la paralysie générale au niveau des circonvolutions frontales et du cuneus notamment.

Les **yeux** et les nerfs optiques ont été fixés dans le liquide de Muller immédiatement après la mort. Après inclusion à la celloïdine, nous avons pratiqué des coupes longitudinales passant par le nerf optique, la papille et la rétine et des coupes transversales du nerf optique dans sa portion intracranienne.

Œil droit. — 1° *Rétine :* Pas de lésions apparentes de la couche des fibres nerveuses. La couche des cellules nerveuses présente quelques éléments en voie d'altération, nous ne les décrirons plus,

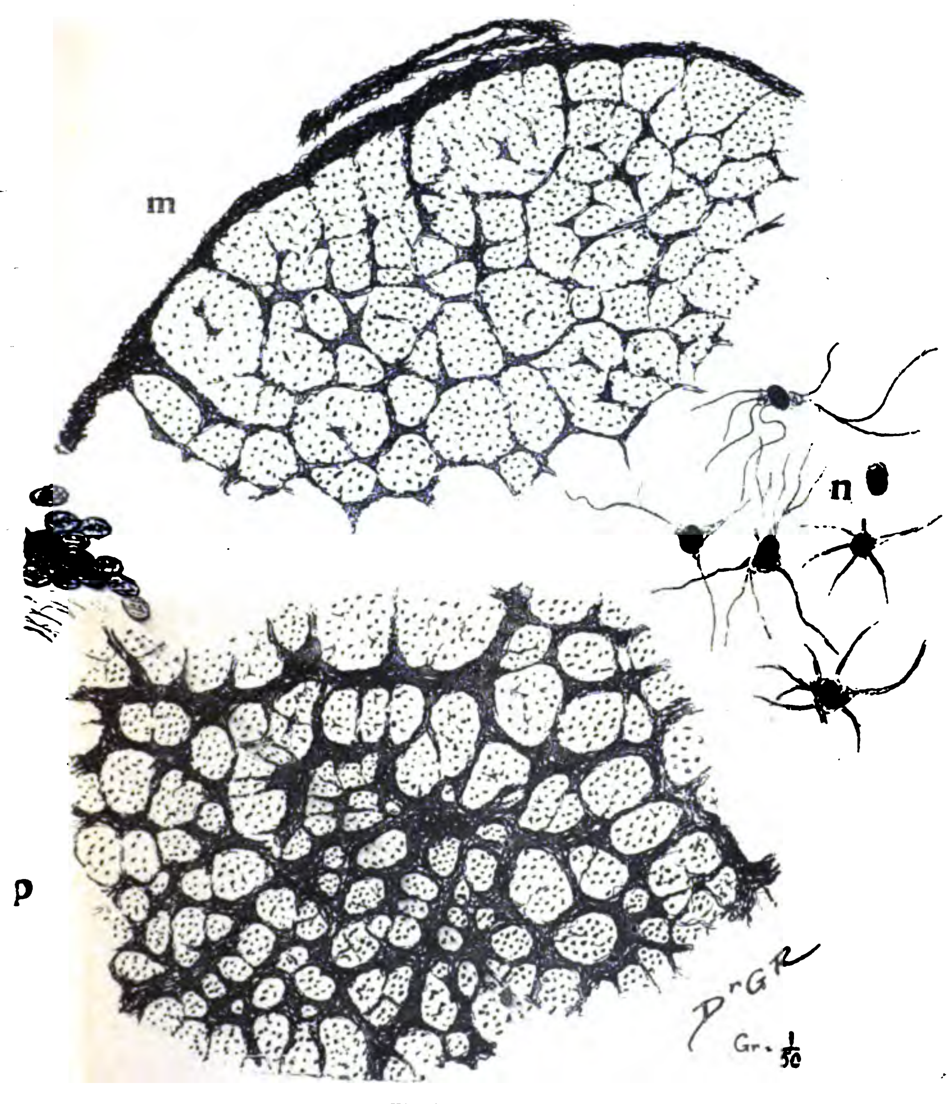


Fig. 5.

m, *Coupe transversale du nerf optique droit* du malade S..., un centimètre en arrière du globe oculaire. Grossissement : 50 diamètres. On constate une légère augmentation du volume des travées conjonctives interfasciculaires, les cellules névrogliques intrafasciculaires sont très augmentées en nombre; en *p*, coupe transversale du même nerf pratiquée à un centimètre du chiasma ; même grossissement ; la prolifération des travées conjonctives est extrêmement marquée, les petits vaisseaux intratravéculaires ont leur tunique externe épaissie; très nombreuses cellules de névroglie intrafasciculaires représentées par des points noirs en nombre correspondant. Nous en avons figuré quelques-unes en *n* (grossies 1 428 fois), la plupart sont très développées et possèdent de longs prolongements.

En *o*, amas d'éléments du tissu conjonctif dans le voisinage d'un vaisseau de la gaine piale du nerf.

Couche granuleuse externe : 35 μ au lieu de 60.
Couche des cônes et des bâtonnets : 30 μ au lieu de 50.

2° *Papille :* Nous avons rencontré dans la couche des fibres nerveuses de la rétine un certain nombre de petites cellules de névroglie et des cellules conjonctives. Ces éléments apparaissent en quantité plus grande au fur et à mesure qu'on approche de la papille, et, à son niveau, ils sont d'une abondance extrême, abondance qui varie selon les points de la papille examinés. C'est ainsi que nous les voyons sur une coupe longitudinale du nerf et de la papille passant par l'artère centrale (voir fig. 2) exister en quantité moindre que dans la partie périphérique de la papille (voir *fig.* 3) où en *s*, l'infiltration conjonctive est à son maximum ; c'est d'ailleurs là le bord temporal de la papille où l'ophthalmoscope nous avait fait supposer l'existence d'une altération plus particulièrement prononcée.

Les éléments du tissu conjonctif existent en bien plus grand nombre que les cellules de névroglie. Ce sont pour la plupart des cellules conjonctives à noyau allongé, à masse protoplasmique très effilée. Elles sont, le plus souvent, dirigées transversalement par rapport aux fibres nerveuses, et paraissent provenir surtout des parois des vaisseaux de la papille.

En effet, l'artère et la veine centrales de la papille (a, v, *fig.* 3), qui apparaissent sectionnées transversalement, ont la couche externe de leur paroi très épaissie. Elle est constituée par de multiples couches concentriques de fibres conjonctives, autour desquelles existent de nombreux éléments cellulaires plus jeunes, que l'on voit se détacher en quelque sorte des parois de l'artère mais surtout de la veine pour pénétrer entre les fibres nerveuses. Nous venons de voir que c'est surtout, ainsi que l'on peut le constater sur nos figures 2 et 3, vers le bord externe de la papille que ces éléments conjonctifs existent en plus grande abondance.

Les capillaires sanguins de la papille sont nombreux, mais leur paroi ne paraît pas modifiée.

Nous avons dit qu'il existait également des cellules de névroglie, leur nombre est infiniment moins grand que celui des cellules conjonctives, nous les trouvons, surtout du côté du bord interne de la papille, moins envahi que l'autre par le tissu conjonctif ; elles possèdent un noyau volumineux, ovalaire, contenant quelques granulations, entouré d'un protoplasme assez abondant.

En dehors de ces éléments, nous ne rencontrons pas de leucocytes, et si nous avons trouvé la paroi des vaisseaux très hyperplasiée, il n'existait dans son voisinage aucun élément leucocytaire.

Les fibres nerveuses qui constituent la papille apparaissent bien groupées en faisceaux du côté interne et elles ne semblent pas

présenter en ce point d'altérations notables. Au niveau du bord

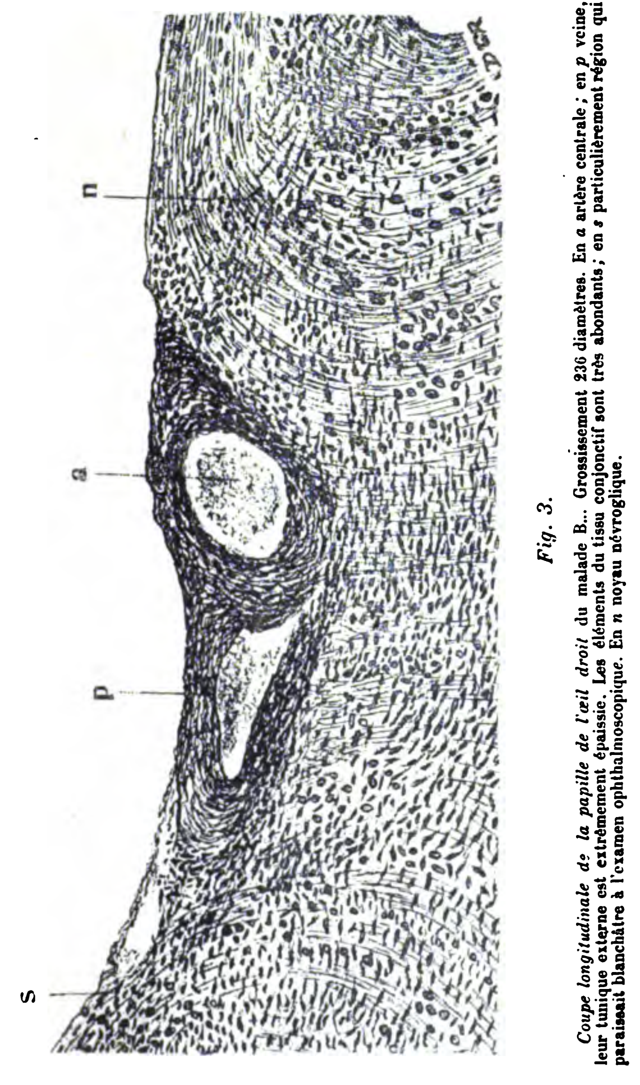


Fig. 3.

Coupe longitudinale de la papille de l'œil droit du malade B... Grossissement 236 diamètres. En *a* artère centrale; en *p* veine, leur tunique externe est extrêmement épaissie. Les éléments du tissu conjonctif sont très abondants; en *s* particulièrement région qui paraissait blanchâtre à l'examen ophthalmoscopique. En *n* noyau névroglique.

externe, il n'en est pas de même, et, ainsi que l'on peut s'en rendre compte sur la figure 2, les fibres y sont diminuées en

nombre, groupées irrégulièrement, sinueuses et manifestement altérées ; l'atrophie papillaire apparaît dans toute son évidence au point où les fibres nerveuses se recourbent pour gagner la rétine, et, où par suite de la diminution de leur nombre, il s'est constitué un véritable coude bien apparent sur notre seconde figure.

Si nous considérons maintenant les fibres optiques au niveau de la *lame criblée*, nous constatons qu'elles y sont également entourées de nombreux éléments conjonctifs. Ces derniers, à l'état de cellules conjonctives adultes, sont tous dirigés transversalement et ils sont dus à une hyperplasie notable des éléments de la partie antérieure de la lame criblée. Cette partie d'origine choroïdienne très peu importante, chez l'homme, d'après Berger, est dans l'espèce, considérablement hypertrophiée. Les cellules conjonctives qui la constituent se mêlent au niveau des espaces interfasciculaires à de nombreuses cellules névrogliques que nous allons étudier en remontant vers le chiasma.

La partie de la lame criblée d'origine sclérotique est formée, comme à l'état normal, par de nombreux faisceaux de fibres conjonctives ne semblant pas présenter d'altérations notables, et les faisceaux de fibres nerveuses qui la traversent ne nous semblent en aucun point étranglés.

3° *Nerf optique :* Sur une coupe longitudinale du nerf optique à son entrée dans le globe de l'œil, telle qu'elle est représentée, figure 2, nous voyons que les couches de cellules névrogliques qui, normalement, se trouvent rangées en séries le long de la surface externe des faisceaux nerveux, sont beaucoup plus importantes que normalement ; en *g*, par exemple, elles constituent de véritables amas interfasciculaires. Leurs noyaux, bien colorés par l'alun à l'hématoxyline, sont de volume et de forme variable ; le plus souvent ovalaires, ils sont parfois arrondis ou réniformes, et leur diamètre varie de 5 à 11 millièmes de millimètre, la plupart en mesurant huit environ. Ils sont pourvus d'un nucléole très réfringent, et contiennent en outre un fin réseau de chromatine. Leur protoplasme est généralement abondant et les contours cellulaires sont de forme irrégulière. Ces cellules sont pourvues de prolongements multiples poussés dans tous les sens, présentant tous les caractères des éléments névrogliques, nous les étudierons d'ailleurs plus loin. Elles n'existent pas seulement entre les faisceaux, et, à l'intérieur de ceux-ci, elles ont également considérablement augmenté en nombre ; elles présentent là les caractères que nous venons d'étudier. C'est surtout à la périphérie des petits vaisseaux que la prolifération névroglique est intense ; c'est d'ailleurs là qu'elle semble prendre naissance. Parmi ces nombreux éléments, un certain nombre présentent des altérations diverses dont le dernier stade est la déformation et la décoloration

du noyau. Alors que, au niveau de la papille, les éléments du

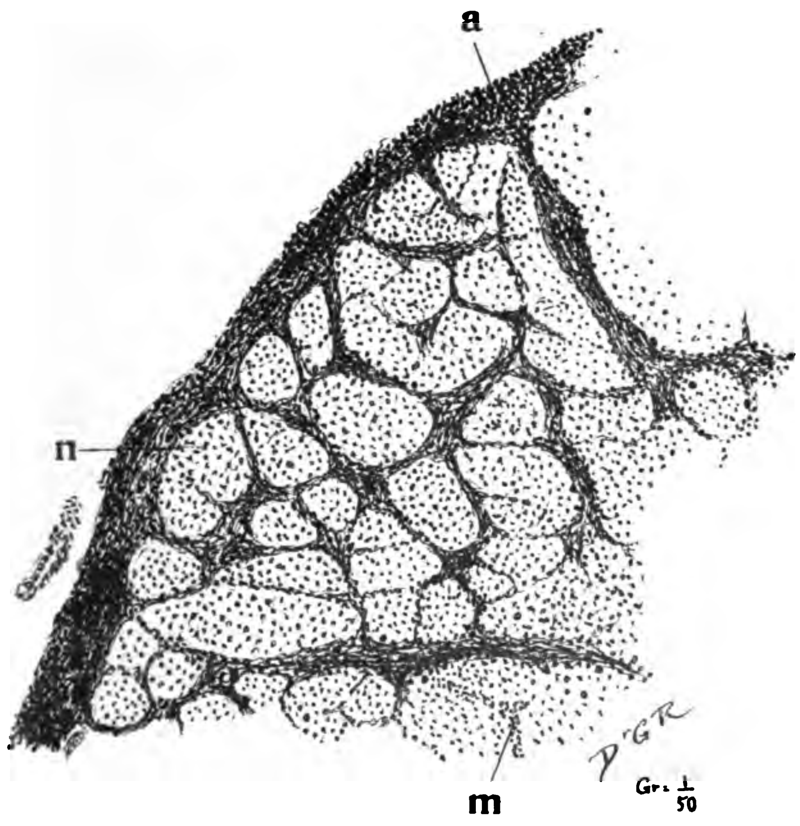


Fig. 4.

Coupe transversale du nerf optique droit du malade B..., pratiquée à un centimètre du chiasma. Grossissement : 50 diamètres.

On remarquera l'augmentation de volume des travées conjonctives et le grand nombre des éléments conjonctifs et névrogliques. En *a*, amas de cellules conjonctives dans la gaine du nerf; en *n*, cellules névrogliques intra-fasciculaires, représentées dans toute l'étendue de la figure par un nombre correspondant de points; elles sont surtout abondantes près des capillaires, autour desquels elles forment de véritables manchons comme en *m*; la plupart de ces cellules possèdent des prolongements, nous en avons représenté quelques-unes *fig.* 5, en *n*.

tissu conjonctif faisaient presque tous les frais de la prolifération, ils passent ici au second plan et leur nombre est infime comparativement à celui des cellules névrogliques. Les travées conjonc-

tives, bien qu'assez marquées, ne semblent pas, à ce niveau, différer de la normale.

Les fibres nerveuses paraissent pour la plupart normales et les lésions, en ce point, sont donc essentiellement dues à la prolifération du tissu interstitiel.

Dans sa *portion intracranienne,* les altérations du nerf optique sont les suivantes (voir *fig. 4*) : sur des coupes transversales du nerf, on constate une augmentation de l'épaisseur des travées conjonctives qui sont très riches en cellules et au milieu desquelles nous retrouvons les petits vaisseaux à paroi épaissie. La gaine piale du nerf est également le siège d'une augmentation des cellules conjonctives, qui forment comme en *a* par exemple des amas considérables d'éléments pourvus de volumineux noyaux ovalaires entourés d'un protoplasme peu abondant, accolés les uns aux autres.

Ce qui frappe surtout, c'est l'augmentation du nombre des cellules de névroglie péri et intra-fasciculaires. Alors que, normalement, d'après Gowers, on ne trouve, dans la coupe transversale d'un faisceau de fibres nerveuses du nerf optique, que quelques cellules névrogliques, nous en comptons ici jusqu'à quarante ; ces cellules, disséminées entre les fibres nerveuses, accolées aux capillaires autour desquels elles constituent comme en *m* de véritables manchons, ou encore rangées le long des travées conjonctives, sont, comme celles que nous avons décrites plus haut, pourvues d'un noyau de 8μ environ, d'un protoplasme abondant et de prolongements qui atteignent jusqu'à dix fois la longueur du corps cellulaire ; en certains endroits, la trame névroglique se trouve, de ce fait, très densifiée, et nous trouvons même de véritables petites plaques de sclérose évidemment constituées par la réunion d'un certain nombre de cellules névrogliques. Les tubes nerveux ne présentent pas d'altération évidente.

Œil gauche. — 1° *Rétine* : La rétine présente des altérations multiples, diffuses, cantonnées à la couche des fibres et surtout à celle des cellules nerveuses, au niveau de laquelle elles sont en certains points plus accusées que celles décrites pour l'œil droit.

Raréfiées en certains points, les fibres nerveuses sont réfractaires à la coloration par la fuchsine acide, et, celles qui aboutissent aux cellules malades sont profondément altérées ; leur aspect est moniliforme, leur minceur extrême en certains points.

Dans la couche des cellules nerveuses, de nombreux éléments sont profondément altérés, présentant à tous les degrés les modifications étudiées pour l'œil droit ; les neuronophages existent également. Pas de lésions évidentes des autres couches de la rétine.

2° *Papille :* Bien qu'infiltrée par d'assez nombreuses cellules conjonctives et névrogliques, la papille présente un aspect très

différent de celle du côté droit. Les fibres nerveuses dans leur ensemble paraissent normales et leurs faisceaux qui ne sont pas noyés parmi les cellules de soutien, comme ceux de l'œil droit, sont très apparents.

L'artère et la veine centrales ont, il est vrai, une paroi épaissie, mais les fibres conjonctives dominent et nous ne voyons point à leur pourtour d'épais faisceaux de cellules conjonctives se dirigeant dans toutes les directions.

Par contre, la partie interne de la *lame criblée* provenant de la choroïde est le siège d'une évidente augmentation des cellules conjonctives. Sa partie externe est d'apparence normale.

3° Le *nerf optique*, immédiatement en arrière de la lame criblée présente une augmentation très marquée du nombre des éléments névrogliques interfasciculaires qui sont de même forme, de même nombre et affectent les mêmes rapports que ceux observés pour l'autre nerf. Les cellules névrogliques intrafasciculaires ne sont guère augmentées en nombre. La trame conjonctive est en quelques endroits le siège d'une hyperplasie évidente, très limitée du reste. Les fibres optiques ne présentent pas d'altérations bien marquées.

Dans sa portion intracranienne, le nerf optique, sur des coupes transversales, pratiquées à un centimètre en avant du chiasma, présente une augmentation du nombre des cellules névrogliques péri et intrafasciculaires; toutefois, le nombre de ces éléments est toujours deux ou trois fois moindre que dans la région correspondante du nerf optique droit.

Les travées conjonctives sont épaissies surtout à la périphérie, au voisinage de la gaine, et les petits vaisseaux qu'elles contiennent ont leurs parois hypertrophiées, il en est de même pour la gaine piale du nerf qui contient, quoique en moins grande abondance que du côté droit, de nombreuses cellules conjonctives adultes.

Observation II. — S. A..., cinquante et un ans, célibataire, tisserand, entre à l'asile d'Armentières le 13 décembre 1901.

Sa mère est morte de « fièvre cérébrale ». Lui même est alcoolique, il a eu du rhumatisme articulaire à l'âge de vingt-cinq ans. Nombreux stigmates physiques de dégénérescence. Athérome artériel. Il présente tous les signes de la paralysie générale à la dernière période. Sa mémoire est abolie, son inconscience est absolue. Bredouillement, tremblement fibrillaire de la langue, des petits muscles de la face, tremblement des mains. Reflexe rotulien exagéré. Grande faiblesse musculaire. Gâtisme.

Symptômes oculaires : Réflexe cornéen aboli, inégalité pupillaire en faveur de la droite, réflexe pupillaire aboli à la lumière et à l'accommodation.

A droite la papille est pâle, décolorée et floue, à gauche son aspect est normal. Le malade s'affaiblit rapidement, présente de nombreuses attaques épileptiformes et meurt dans le marasme le 2 avril 1902.

L'*autopsie* nous montra les lésions suivantes :

Calotte cranienne : Epaisse, non transparente, adhérente à la dure-mère.

Dure-mère. Nacrée, paraissant peu congestionnée, perforée par de nombreuses granulations méningiennes, peu épaisse, particulièrement mince dans la région frontale. Lors de sa section, il s'écoule un peu de liquide séro-sanguinolent à droite et à gauche.

La faux du cerveau présente dans son quart antérieur une plaque osseuse ovalaire, à grand diamètre antéro-postérieur, longue de trois centimètres, large de un centimètre, saillante surtout sur la face gauche, du côté de laquelle elle semble s'être développée. Il existe trois autres plaques osseusses beaucoup plus petites situées postérieurement le long de la grande courbure de la faux. Enfin, dans sa partie moyenne, une autre plaque, la plus grosse de toutes, parait s'être développée sur la face droite.

Signalons également un certain nombre de petites exostoses siégeant dans les loges antérieures et postérieures de la base du crâne.

Pie-mère : Congestionnée au niveau des deux hémisphères, distendue par du liquide d'œdème.

Vaisseaux : Basilaire non athéromateuse, non plus que la sylvienne.

Cerveau : La pie-mère se détache assez facilement des circonvolutions; elle y est adhérente au niveau des circonvolutions frontales, la première surtout, qui sont atrophiées en même temps qu'elles sont le siège d'érosions multiples. Les ascendantes sont très peu altérées, n'ont pas d'érosions. Quelques rares érosions sont disséminées un peu partout sur les lobes occipitaux. A la coupe du cerveau, rien de particulier à signaler.

L'examen histologique de l'écorce cérébrale, nous a permis de constater les lésions ordinaires de la paralysie générale au niveau des circonvolutions frontales et du cuneus notamment.

Les **yeux** et les nerfs optiques ont été fixés dans le liquide de Müller immédiatement après la mort. Après inclusion à la celloïdine, nous avons pratiqué des coupes longitudinales passant par le nerf optique, la papille et la rétine et des coupes transversales du nerf optique dans sa portion intracranienne.

Œil droit. — 1° *Rétine :* Pas de lésions apparentes de la couche des fibres nerveuses. La couche des cellules nerveuses présente quelques éléments en voie d'altération, nous ne les décrirons plus,

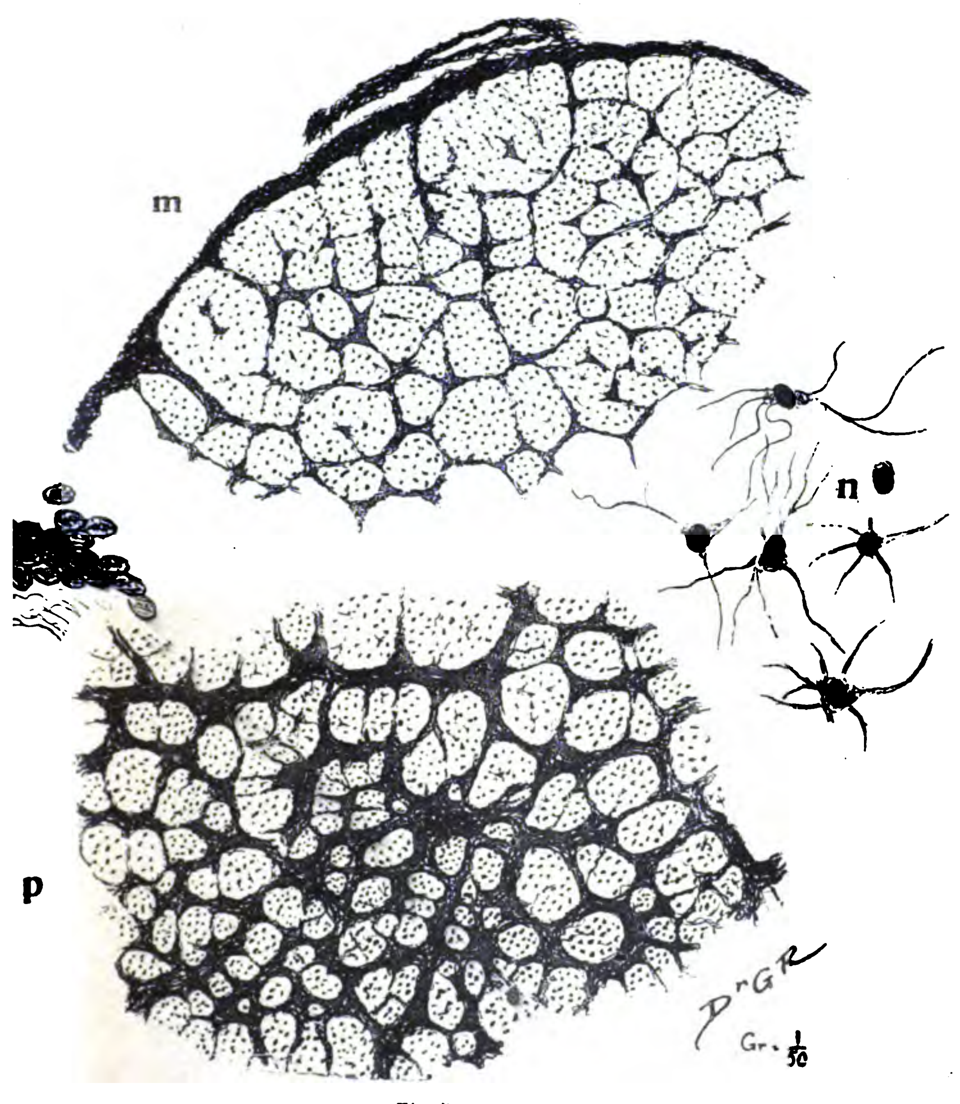


Fig. 5.

m, Coupe transversale du nerf optique droit du malade S..., un centimètre en arrière du globe oculaire. Grossissement : 50 diamètres. On constate une légère augmentation du volume des travées conjonctives interfasciculaires, les cellules névrogliques intrafasciculaires sont très augmentées en nombre ; en *p*, coupe transversale du même nerf pratiquée à un centimètre du chiasma ; même grossissement ; la prolifération des travées conjonctives est extrêmement marquée, les petits vaisseaux intratravéculaires ont leur tunique externe épaissie ; très nombreuses cellules de névroglie intrafasciculaires représentées par des points noirs en nombre correspondant. Nous en avons figuré quelques-unes en *n* (grossies 1 428 fois), la plupart sont très développées et possèdent de longs prolongements.

En *o*, amas d'éléments du tissu conjonctif dans le voisinage d'un vaisseau de la gaine piale du nerf.

l'ayant fait plus haut. Ces altérations distribuées d'une façon irrégulière, n'intéressent qu'une faible partie des éléments. Pas d'altérations sensibles des autres couches de la rétine dont l'épaisseur est normale.

2° *Papille :* Les fibres nerveuses sont d'apparence normale et leur nombre ne semble pas diminué, mais elles sont infiltrées par de nombreux éléments névrogliques et conjonctifs qui, toutefois, existent en abondance moins grande que dans la papille droite du malade B... Nous ne retrouvons pas ici d'hypertrophie intense des parois de la veine ni de l'artère; néanmoins de très nombreuses cellules conjonctives existent autour d'elles; et il s'en irradie quelques faisceaux très denses, dans des directions transversales par rapport aux fibres optiques. Notons enfin que dans les espaces interfasciculaires de très nombreuses cellules de névroglie se mêlent aux éléments conjonctifs.

Les vaisseaux capillaires de la papille constituent un réseau plus riche que normalement, toutefois leur paroi n'est pas épaissie et ils ne sont pas entourés de cellules conjonctives.

L'altération la plus frappante est l'augmentation des cellules conjonctives qui constituent la portion choroïdienne de la lame criblée; celle-ci se trouve constituer aux fibres optiques une trame extrêmement densifiée. La portion sclérotique de la lame criblée nous paraît normale.

3° *Nerf optique :* Dans sa portion intra-oculaire, il présente les altérations suivantes : augmentation notable des cellules névrogliques intrafasciculaires dont le nombre augmente au fur et à mesure que l'on remonte vers le chiasma. Les éléments névrogliques périfasciculaires sont très peu abondants. On constate en outre l'épaississement et l'augmentation du nombre des travées conjonctives.

Sur une coupe transversale du même nerf, pratiquée à un centimètre du globe oculaire (*m*, *fig.* 5), on peut constater l'augmentation du nombre des cellules névrogliques intrafasciculaires, les travées conjonctives sont d'épaisseur normale à ce niveau, par contre elles sont extrêmement épaissies dans la portion intracranienne du nerf optique, en *p* (*fig.* 5), nous en avons représenté la coupe transversale faite à un centimètre du chiasma, il est aisé de se rendre compte de la véritable sclérose qui frappe le nerf, les petits vaisseaux intratrabéculaires, ont leur paroi épaissie, enfin, dans la gaine piale, nous constatons l'existence de nombreuses cellules conjonctives qui constituent notamment dans le voisinage des vaisseaux de petits amas, dont nous avons en *o* représenté un spécimen. On voit, en outre, que les faisceaux nerveux sont très riches en cellules de névroglie, ces cellules que nous avons décrites plus haut, sont, pour la plupart très développées et possèdent de nombreux prolongements, nous en avons en *n* représenté quelques-unes.

La méthode de Marchi ne nous révèle aucune altération notable des fibres nerveuses.

Œil gauche. — 1° *Rétine :* Cette membrane paraît peu altérée, et nous ne voyons à signaler ici que quelques lésions cellulaires intéressant peu d'éléments, distribuées irrégulièrement, et ne présentant pas l'importance que revêtaient celles constatées dans la rétine du malade B....

2° La *papille* présente peu d'altérations; pas d'atrophie des fibres optiques. Nous constatons que la quantité de cellules conjonctives et névrogliques, situées entre les fibres nerveuses, n'est que bien peu supérieure à la normale, et nous ne trouvons pas d'épais faisceaux conjonctifs semblables à ceux que nous avons signalés plus haut.

Les *vaisseaux* présentent une légère hypertrophie de leur tunique externe, mais ils ne sont pas entourés de tissu conjonctif, ni ne paraissent être le point de départ d'éléments conjonctifs infiltrant la papille. La *lame criblée* est notablement hypertrophiée dans sa portion choroïdienne. 3° Quant au *nerf optique*, il présente, à un degré moindre, les lésions que nous avons signalées pour le nerf du côté droit.

2° Lésions terminales

Obs. III. — V... J.-P., âgé de quarante-neuf ans, marié, entre à l'asile d'Armentières en janvier 1902, c'est un ancien ouvrier mécanicien qui, environ trois ans auparavant, commença à perdre la vue, son acuité visuelle s'affaiblit peu à peu avec des périodes d'amélioration et d'aggravation, un an avant l'entrée le mal fit des progrès et V... devint complètement aveugle.

A partir de cette époque, déclare l'enquête, « il éprouva un grand chagrin de se voir dans cette situation et l'appréhension de ne plus pouvoir travailler lui a tourné la tête » peu à peu sa raison se troubla, des idées de grandeur apparurent : il ne parlait que des richesses considérables qu'il possédait; il avait des millions, 80 voitures, etc.

Non dangereux jusque-là, il commença à s'exciter. « On tirera sur les soldats, on tirera sur les enfants ! », fit des menaces et dut être interné d'urgence. Il présentait à l'entrée la plupart des signes de la paralysie générale progressive.

Etat démentiel des facultés. — Perte de la mémoire. Idées de grandeur absurdes : il avait 92 milliards et invitait les personnes de son entourage à faire la noce avec lui dans 80 voitures, et à manger cent millions de têtes de veau; l'instant d'après il disait n'avoir pas un sou. Excitation intermittente.

Signes physiques très marqués. — Tremblement fibrillaire de la

langue, embarras de la parole. Tremblement des mains. Réflexes rotuliens exagérés. Athérome artériel.

Symptômes oculaires. — Abolition du réflexe cornéen. Inégalité pupillaire. Abolition des réflexes à la lumière et à l'accommodation. Amaurose. L'examen ophtalmoscopique révéla une *atrophie papillaire blanche* des deux côtés.

L'évolution de la paralysie générale fut assez rapide et V..., très amaigri, présentant une eschare sacrée succomba dans le marasme le 29 juillet 1902 après un internement de six mois.

L'*autopsie* pratiquée trente-deux heures après la mort nous permit de faire les constatations suivantes.

La calotte crânienne était assez mince et transparente dans la région frontale, elle présentait à sa face interne le long de la gouttière longitudinale de nombreuses dépressions dues aux granulations méningiennes.

La *dure-mère* était congestionnée, elle était affaissée dans la région frontale. Non épaissie, elle adhérait au niveau du bord supérieur des hémisphères aux méninges sous-jacentes.

La *pie-mère* de teinte opaline était également congestionnée, elle adhérait fortement aux circonvolutions, et en essayant de l'en détacher, on enlevait avec elle des fragments de substance grise.

Les *circonvolutions cérébrales* étaient atrophiées et la couche de substance grise amincie, friable, couverte d'érosions. Il n'y avait pas d'autre altération macroscopique de la substance cérébrale. Les *vaisseaux* de la base, la basilaire notamment étaient athéromateux.

La *moelle épinière* ne présentait pas d'altérations macroscopiques. L'examen histologique nous a permis de constater l'absence de lésions systématisées des cordons postérieurs.

Les **yeux** ont été fixés quatre heures après la mort dans la solution de formol à 40 p. 1 000, ce qui nous a permis d'étudier les cellules nerveuses, la névroglie, la myéline à l'aide des méthodes de Lenhossek et de Weigert.

Les **nerfs optiques** ont été fixés dans les mêmes conditions, partie dans le formol, partie dans le liquide de Muller en vue de leur examen par les méthodes de Weigert et de Marchi.

Les deux yeux présentant les mêmes lésions, nous n'avons fait porter notre examen que sur l'œil droit, réservant l'autre pour des recherches qui pourraient être nécessaires ultérieurement.

Œil droit. — Après inclusion dans la celloïdine, nous avons pratiqué une série de coupes longitudinales passant par le nerf optique, la papille et la rétine, coupes parallèles au méridien horizontal, intéressant par conséquent la région de la macula. Ces coupes ont été traitées par la plupart des méthodes de coloration que nous possédons, et leur examen nous a révélé les altérations suivantes :

1° *Rétine.* — Cette membrane se montre très altérée dans toute son étendue.

a) La *couche des fibres nerveuses* présente de notables altérations la plupart des cylindraxes sont irréguliers, variqueux, réfractaires à toute coloration, leur nombre est très diminué et en quelques points ils ont totalement disparu.

b) La couche des *cellules nerveuses* est celle qui présente le maximum d'altérations. Sur un grand nombre de préparations il n'est plus possible de retrouver même la trace des cellules nerveuses qui ne sont plus représentées, en quelques endroits fort rares, par des débris informes; à leur place, nous trouvons d'innombrables *cellules de névroglie* de volume et de forme variables, à noyau



Fig. 6.

Coupe transversale de la rétine de l'œil droit du malade V..., au niveau du bord de la macula. Seules sont représentées ici la couche des fibres et des cellules nerveuses et une partie de la couche granuleuse interne. Les cellules nerveuses ont disparu, à leur place nombreuses cellules de nevroglie : Gr. = 300.

volumineux, le plus souvent arrondi, mesurant de 4 à 8 μ de diamètre. La figure 6 montre bien l'envahissement de la couche des cellules nerveuses par ces éléments tous pourvus de protoplasma et de nombreux prolongements qui pour éviter toute surcharge, n'ont pas été représentés.

c) Les autres couches de la rétine ne présentent pas d'altération bien évidente et leur épaisseur respective ne s'écarte guère de la normale.

2° La *papille* présente au plus haut point, les lésions de la sclérose la plus caractérisée. Quel que soit le point que nous examinons, la lésion revêt la même intensité; c'est en vain qu'on recherche les faisceaux nerveux constitutifs, tout élément noble a disparu : *On ne trouve plus de fibres nerveuses*, et la papille n'est plus constituée que par des amas d'éléments névrogliques et conjonctifs tassés les uns contre les autres. Les cellules de névroglie qui semblent être les plus nombreuses présentent les caractères

propres à ces éléments, nous les avons déjà étudiés dans les observations précédentes, elles sont pour la plupart orientées longitudinalement. Les cellules conjonctives en nombre également considérable ont plutôt une orientation transversale ce qui s'explique par leur provenance, si en effet on examine la figure 7, on voit très nettement leurs traînées partir de la gaine des vaisseaux et se diriger perpendiculairement par rapport à la direction du nerf optique. Cette figure qui représente une coupe longitudinale passant par le nerf optique, la papille et la région avoisinante de la rétine du côté nasal, montre mieux que toute description, à quel point la prolifération des éléments conjonctifs et névrogliques est intense, on y voit ces éléments envahir complètement la partie voisine de la rétine où en *n*, par exemple, la couche des cellules nerveuses qui ne contient plus un seul élément nerveux présente une quintuple rangée de cellules conjonctives et névrogliques. Ces cellules nous les trouvons en égale quantité, aussi bien dans le segment interne *p* que dans le segment externe *e* de la papille, elles existent notamment dans le voisinage des vaisseaux et on en peut voir un en *e* qui présente autour de sa paroi épaissie un grand nombre d'éléments proliférés.

Au niveau de la *lame criblée*, les lésions revêtent la même intensité, et les éléments conjonctifs provenant tant de la choroïde que de la sclérotique sont en nombre considérable et ne laissent plus constater au milieu d'eux l'existence de fibres nerveuses (voir *fig.* 7).

3° Le *nerf optique* est altéré dans toute son étendue et dans tous ses éléments. Ce qui frappe tout d'abord, soit qu'on examine une coupe transversale, soit qu'on examine une coupe longitudinale, c'est *l'énorme prolifération des éléments névrogliques;* sur des coupes colorées par l'alun à l'hexatoxyline, les noyaux de ces éléments sont bien mis en évidence; arrondis, plus souvent ovalaires, parfois irréguliers, leur volume est très variable et leur diamètre peut mesurer 8 à 10 et même 14 μ, ils sont pourvus d'un nucléole et contiennent de nombreux grains réfringents. Le protoplasme qui les entoure est peu abondant, il en part de nombreux prolongements grêles et raides, de longueur variable.

Les figures 8 et 9 montrent à quel point le nombre de ces éléments est considérable : là où normalement il n'y a qu'une dizaine de cellules de névroglie, nous en trouvons ici près de cent.

Le tissu conjonctif est également très abondant; l'épaississement des travées conjonctives est très marqué ainsi que l'on peut s'en rendre compte à l'examen des figures (*t fig.* 8 et 9).

Ce qui précède est également vrai, quel que soit le point du nerf optique que l'on considère. Les *figures* 8 et 9 représentant du reste ce nerf en quelque sorte aux deux extrémités de son trajet, montrent bien que près de l'œil comme au voisinage du chiasma,

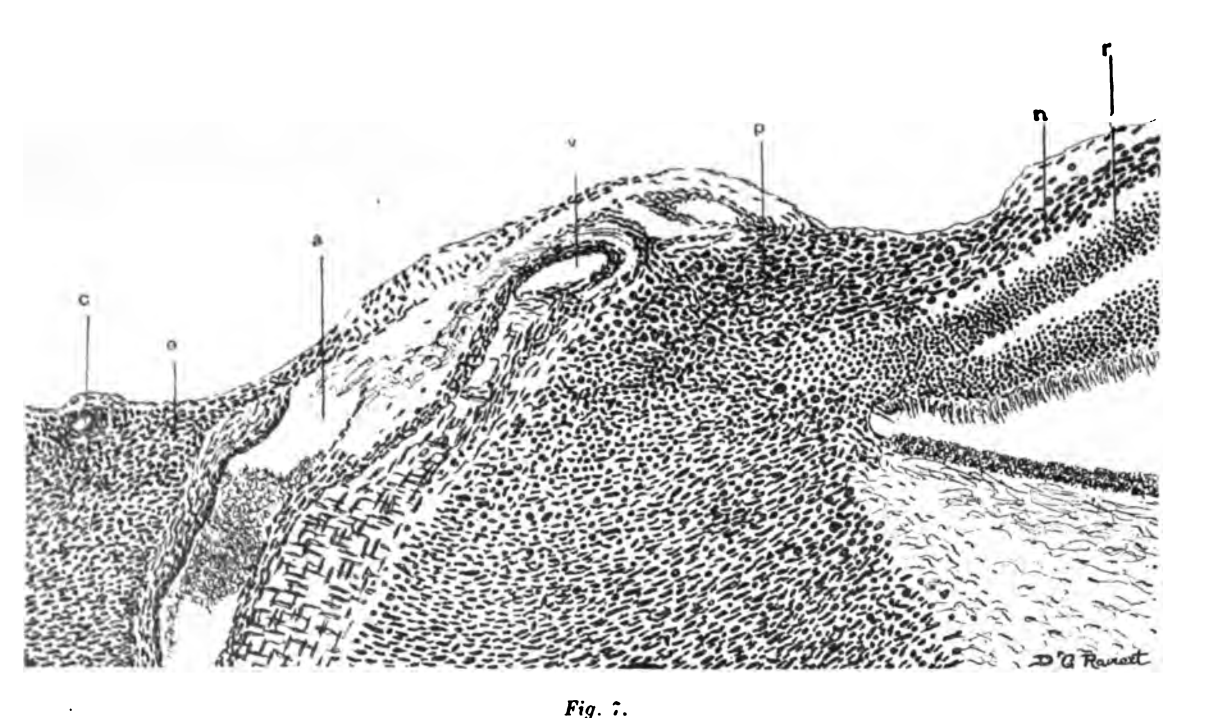


Fig. 7.

Coupe longitudinale passant par le nerf optique, la papille et la région avoisinante de la rétine parallèlement au méridien horizontal de l'œil droit du malade V... ; *a*, artère centrale ; *v*, veine ; *c*, petit vaisseau entouré de nombreux éléments conjonctifs ; *r*, rétine avec ses différentes couches ; *n*, couche de cellules nerveuses de la rétine au niveau de laquelle on ne rencontre plus que de très nombreux éléments conjonctifs et nevrogliques ; *p*, segment interne de la papille ; *e*, segment externe complètement envahis par les éléments conjonctifs et nevrogliques proliférés : Gr. = 251 diam.

la lésion est extrêmement accusée. Toutefois, il semble bien que la prolifération névroglique soit plus intense à mesure qu'on remonte vers le cerveau.

L'état des fibres nerveuses du nerf optique nous intéressait au plus haut point, et nous avons cherché par les différentes méthodes

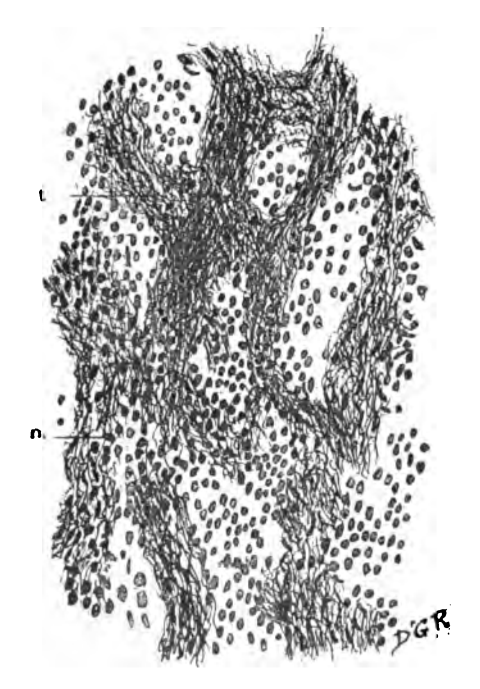


Fig. 8.

Coupe longitudinale du nerf optique droit du malade V..., à son entrée dans le globe oculaire. *t*, travées conjonctives; *n*, cellules de névroglie dont nous n'avons figuré que les noyaux : Gr. = 372 diamètres.

à nous rendre un compte exact des altérations qu'elles avaient pu subir.

Traitées par la méthode de Weigert pour la myéline, les coupes transversales du nerf optique apparaissent presque uniformément jaunâtres, les fibres nerveuses encore entourées de myéline, étant très raréfiées, c'est à peine si pour un faisceau on trouve une quinzaine de grosses fibres à myéline et une trentaine de fibres fines, qui présentent la coloration brune caractéristique ; elles ne sont pas également réparties, et les faisceaux périphériques sont plus

riches en fibres d'apparence normale que les faisceaux centraux. Dans la partie inférieure de la figure 9 qui représente une coupe transversale du nerf optique à un centimètre du chiasma, nous

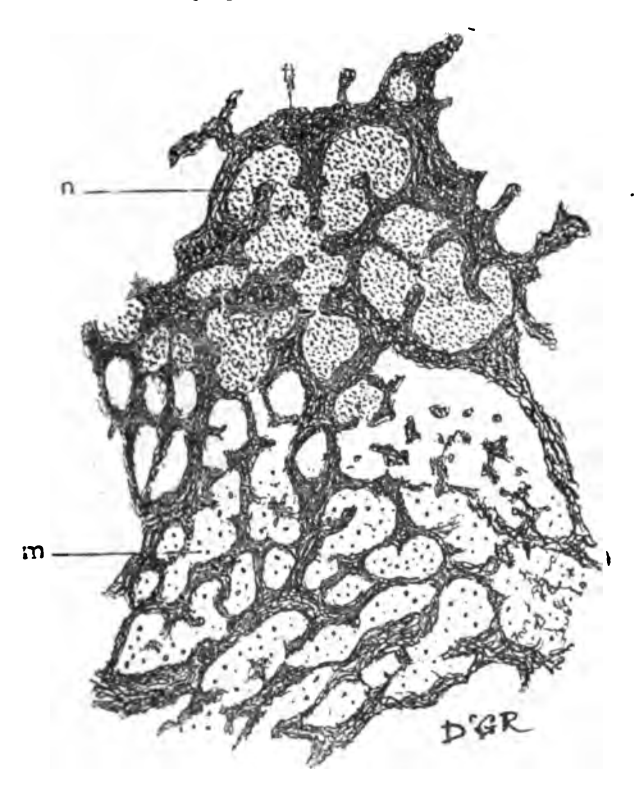


Fig. 9.

Coupe transversale du nerf optique droit à un centimètre du chiasma. Dans la partie supérieure, nous avons représenté les éléments névrogliques d'après une préparation colorée par l'alun à l'hématoxyline. La partie inférieure montre les fibres à myéline restant d'après une préparation traitée par la méthode de Weigert pour la myéline. *t*, travées conjonctives épaissies ; *n*, faisceaux nerveux complètement remplis de cellules de névroglie dont les noyaux sont représentés par des points ; *m*, faisceaux nerveux où nous avons figuré les fibres à myéline, elles sont on le voit extrêmement raréfiées : Gr. = 75 diamètres.

avons figuré par un nombre de points correspondant, les fibres à myéline colorées par la méthode de Weigert, on peut y juger de leur rareté (*m fig*. 9).

Nous avons également traité notre nerf optique par la méthode

de Marchi et nous en avons débité les fragments en coupes transversales et longitudinales, nous avons alors pu constater l'existence d'un certain nombre de fibres présentant de la désorganisation de la gaine de myéline avec formation des boules colorées en noir, si caractéristiques ; le nombre de ces fibres altérées est beaucoup plus grand dans les faisceaux centraux que dans les faisceaux périphériques, ce qui vient cadrer en quelque sorte avec les résultats fournis par la méthode de Weigert. (Le nombre peu considérable de fibres dont l'altération est démontrée par la méthode de Marchi ne doit pas nous surprendre étant donné l'ancienneté (trois ans) de la lésion).

Le nerf optique de V..., bien que moins riche en fibres nerveuses que normalement, étant donné la sclérose conjonctive et névroglique dont il est frappé, contient une grande quantité de cylindraxes dépourvus de myéline et présentant eux-mêmes des altérations plus ou moins profondes, bon nombre d'entre eux sont même difficilement perceptibles au milieu des nombreux éléments proliférés.

Des examens microscopiques qui précèdent nous retiendrons les points suivants :

Chez nos trois paralytiques généraux, nous avons trouvé à des degrés différents des altérations diffuses, non systématiques, intéressant : 1° la *rétine*, 2° la *papille*, 3° le *nerf optique* ;

1° La *rétine* présentait des altérations de la couche des cellules nerveuses caractérisées par une série de modifications : gonflement nucléaire, désintégration protoplasmique, etc., entraînant la destruction de ces éléments; altérations tout à fait semblables à celles qui frappent les cellules nerveuses de l'écorce dans la paralysie générale.

2° La *papille* dont les fibres nerveuses disparues dans un cas étaient atrophiées dans un autre, était en outre envahie plus ou moins par les éléments proliférés des tissus conjonctif et névroglique, infiltration allant du degré le plus faible jusqu'à la sclérose. L'artère et la veine centrales présentaient elles aussi un épaississement variable de leur tunique externe.

3° Le *nerf optique* enfin était le siège d'une prolifération plus ou moins grande du tissu interstitiel : augmentation considérable du nombre de ses cellules névrogliques, épaississement des travées conjonctives, prolifération des cellules conjonctives de sa gaine piale, altérations diverses des fibres nerveuses.

Si nous rapprochons maintenant les résultats de notre étude histologique des données fournies par l'examen ophtalmoscopique, nous trouvons que, à des lésions prononcées constatées cliniquement, correspondaient des altérations avancées des éléments anatomiques, et qu'à des lésions à peine perceptibles à l'ophtalmoscope correspondaient des altérations moins avancées, mais déjà notables de ces mêmes éléments. En effet, chez le malade B... la demi-sphère temporale de la papille droite était très réfringente, presque nacrée et nous avons vu, grâce à l'examen histologique,que cette même région était le siège d'une prolifération du tissu conjonctif incomparablement plus prononcée que dans tout autre point. Chez le malade S..., les lésions étaient moins prononcées, l'ophtalmoscope annonçait simplement une papille pâle décolorée et floue, le microscope nous a montré une prolifération des éléments conjonctifs beaucoup moins marquée que dans le premier cas. Dans l'un et l'autre cas enfin, l'œil qui paraissait normal à l'examen ophthalmoscopique présentait quelques-unes des lésions rencontrées du côté malade, mais à un degré beaucoup moindre.

L'histologie nous permettait-elle de déterminer la nature de ces lésions? Nous ne tenterons pas quant à présent de différencier les altérations des cellules nerveuses de la rétine de celles que l'on rencontre dans les autres affections et plus particulièrement dans le tabes. Pour ce qui concerne la névrite interstitielle, la prolifération du tissu conjonctif, l'épaississement de la paroi des vaisseaux plaidaient également pour une origine alcoolique ou syphilitique et il ne fallait pas songer à rapporter à l'une plutôt qu'à l'autre de ces causes les lésions observées.

Par contre, quelques faits acquis nous permettent de les distinguer de celles observées dans le tabes. En effet, comme l'ont montré Grosz, Elschnig et Moxter entre autres, la névrite du tabes débute à la périphérie et les altérations diminuent d'intensité au fur et à mesure qu'on remonte vers le cerveau, c'est ainsi que dans un cas que nous étudions actuellement, la sclérose périvasculaire extrêmement marquée dans le voisinage du globe oculaire l'est infiniment moins près du chiasma; dans les cas de névrite paralytique que nous avons examinés, les lésions sont au contraire dis-

séminées, et les altérations du nerf optique suivent plutôt une marche descendante qu'une marche ascendante comme dans le tabes; les lésions parenchymateuses sont moins marquées dans la paralysie générale; enfin sur une section transversale du nerf optique le tissu de sclérose apparaît sous forme d'îlots périvasculaires non reliés entre eux dans le tabes tandis que dans la névrite paralytique c'est le réseau entier des capillaires qui est le siège de sclérose, celle-ci serait en somme insulaire dans le tabes et annulaire dans la paralysie générale. Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur ces différences ultérieurement.

CONCLUSIONS

De l'examen ophtalmoscopique de nos 51 paralytiques généraux il ressort ce qui suit :

I. — La majorité de ces malades hommes, internés à l'asile d'Armentières présentent de notables lésions du fond de l'œil; il n'y a guère que ceux qui sont en rémission qui n'en présentent point.

II. — On trouve chez 7 malades dont la paralysie générale a déjà atteint une période avancée, 5 fois de l'atrophie papillaire blanche, une fois de l'atrophie grise, une fois une sclérochoroïdite postérieure bilatérale sans myopie.

III. — On rencontre encore un état de la papille pâle, comme lavée, chez 13 paralytiques.

IV. — Chez 22 autres on observe un aspect flou d'un segment de la papille, soit externe, soit interne, soit inférieur, soit supérieur, avec bord indécis. Ces deux aspects sont des états préliminaires de l'atrophie papillaire.

V. — Enfin, chez les paralytiques généraux en rémission ou atteints d'une forme lente à longue évolution, il a été impossible de trouver aucune lésion ophtalmoscopique.

VI. — L'examen ophtalmoscopique a été en tous points confirmé par l'examen microscopique, il s'agit, même dans les cas les moins accentués, d'une papillite et d'une névrorétinite présentant les mêmes caractères que la méningo-

encéphalite chronique diffuse : infiltration des éléments nobles de la papille et du nerf optique par des cellules conjonctives et névrogliques, épaississement de la trame conjonctive du nerf, altérations diffuses des cellules ganglionnaires et des fibres nerveuses de la rétine susceptibles de déterminer dans les cas les plus avancés la destruction totale des cellules nerveuses de la rétine et la production de la sclérose papillaire.

BIBLIOGRAPHIE

LASÈGUE. — Thèse d'agrégation, Paris, 1863.

GALEZOWSKI. — *Union médicale*, 1866.

BOUCHUT. — Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope, 1866.

VOISIN. — *Union médicale*, Paris, 1868.

MAGNAN. — *Gazette médicale*, Paris, 1868.

TEBALDI. — L'ottalmoscopia nella alienazione mentale, nella epilepsia. *Riv. clinica*, 1870, p. 201, cité par Schmidt Rimpler.

NOYES. — *American Journal of insane*, 1872.

JEHN. — Recherches ophtalmoscopiques chez les aliénés. — *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*, 1873.

BILLOD. — *Annales d'oculistique*, 1875.

CLIFFORT ALLBUTT. — On the use of the ophtalmoscope, p. 364.

RAOULT. — Thèse de Paris, 1877.

GOWERS. — *A manual and Atlas of medical ophtalmoscopy*, London, 1879.

BOY. — Étude clinique du fond de l'œil dans la paralysie générale. Thèse de Paris, 1879.

NETTLESHIP. — *Ophtalmol. Hosp. Rep.* vol. IX, p. 178.

HIRSCHBERG. — Sehstœrungen bei Progressiver Paralysie. — *Neurolog. Centralblatt*, II, 1883.

UHTHOFF. — Ueber ophtalmoskopische Untersuchungen bei Geisteskranken. *Bericht der ophthalmolog. Gesellschaft zu Heidelberg*. 1883, S. 139.

PELTESOHN. — Ursachen und Verlauf der Sehenervenatrophie. — *Centralblatt fur praktische Augenheilkunde*, 1886.

SIEMERLING. — Pupillen reaction und ophtalmoscopischer Befund bei Geisteskranken Frauen. — *Charite Annalen*, 1886.

KLEIN. — Augenspiegelstudien bei Geisteskranken. *Wiener medic. Presse*, 1887, n° 3.

WIGLESWORTH. — Note on Optic Nerve Atrophy preceding the men-

tal symptoms of general Paralysis. — *Journal of mental science*, 1889.

Gilbert Ballet. — Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive. — *Progrès médical*, juin 1893.

Neil Jameson — The eye Symptoms of early paresis. — *New-York American Journal of insane*, janvier 1895.

Moxter.— Atrophie des Opticus bei Tabes. *Demonstration im Verein fur innere Medicin zu Berlin*, 10 juin 1895, cité par Schmidt Rimpler.

Dawson, R., and Rambaux. — Analysis of the ocular phenomena in forty cases of general paralysis of the insane. —*The British med. Journ.*, 1898.

Kéraval. — Le diagnostic de la paralysie générale. — *Echo médical du Nord*, avril 1898, n° 66.

Schmidt Rimpler.— Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen krankheiten, p. 288, Wien, 1898 (Spec. path. von Nothnagel.

Grosz E.-V. — L'Atrophie tabétique des nerfs optiques. *Annales d'Oculistique*, sept. 1898).

Elschnig. — Zur Anatomie der Sehnervenatrophie bei Erkrankungen des centralnervensystems. *Wiener Klin Wochenschrift*, n° 2, 1900.

Reznikow (analyse Kéraval). — Des modifications du champ visuel chez les paralytiques généraux. — *Obozrénié psychiatrii*, V, 1900; *Archives de Neurologie*, juin 1902.

Assistance des épileptiques.

La *Lanterne* du 3 décembre rapporte le fait suivant : Henri Séchet, âgé de vingt-six ans, épileptique, à demi-idiot, habitant Yrré-le-Polin (Sarthe), a trouvé la mort dans d'horribles circonstances. Le pauvre diable avait élu domicile dans une vieille maison en ruine, dont il ne subsiste plus guère que le four, très vaste, où Séchet couchait et dans lequel il n'hésitait pas à allumer du feu. Une voisine inquiète de ne pas voir l'*idiot* eut l'idée de se rendre aux ruines. Elle trouva le malheureux en proie à d'horribles douleurs. Un médecin, mandé en toute hâte, constata que l'infortuné portait des brûlures au dos, à la poitrine, à l'abdomen et au ventre. Pendant cet examen médical, Séchet rendit le dernier soupir. On suppose qu'il se sera endormi alors que le feu était encore allumé dans le four et que, pendant qu'il était en proie à sa *crise d'épilepsie*, ses vêtements se seront enflammés. — D'où la nécessité de l'*Hospitalisation des Epileptiques*.

CLINIQUE MENTALE.

Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire [1];

Par le Dr J. SÉGLAS,

Médecin de l'hospice de Bicêtre.

S'il est une question sujette, aujourd'hui encore, à bien des controverses, c'est celle de l'évolution des obsessions. L'opinion généralement admise en France, d'après l'enseignement de Falret, de M. Magnan, est que l'obsession n'évolue pas, ne se transforme pas, n'aboutit jamais au délire proprement dit.

Cette proposition me paraît très discutable. En 1889, je signalais déjà à la Société médico-psychologique [2] des exemples montrant que les obsessions pouvaient déterminer à leur suite l'apparition d'un véritable délire. A plusieurs reprises, dans mes leçons cliniques, à la Société médico-psychologique, j'ai exprimé à nouveau cette opinion [3].

MM. Charpentier [4], Pitres et Régis [5], Lalanne [6] sont, je crois, seuls en France à partager cette manière de voir [7].

A l'étranger, au contraire, elle est beaucoup plus répandue et l'on pourrait, entre autres noms, citer à ce propos ceux de Wille, Mercklin, Sommer, Schuele, Heilbronner, Mickle, Ventra, Bianchi...

[1] Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Grenoble, août 1902.

[2] Séance du 27 mai 1889, *In Ann. med.-psych.*

[3] J. Séglas. *Soc. méd.-psych.*, séance du 26 février 1901.

[4] Charpentier. *Congrès intern. de méd. mentale*, 1889.

[5] Pitres et Régis. *Rapport au Congrès de Moscou*, 1897.

[6] Lalanne. *Rapport au Congrès de Grenoble*. 1902.

[7] Dans son livre sur les *Obsessions* et la *psychasthénie*, paru depuis cette communication, M. Pierre Janet émet aussi le même avis.

Ici, comme en toutes choses, il faut laisser parler les faits ; ils me semblent, d'ores et déjà, suffisamment nombreux et démonstratifs pour lever tous les doutes sur le passage possible de l'obsession au délire confirmé. C'est cette évolution qui fera le sujet de ce travail, dans lequel je me bornerai à exposer les déductions qui résultent de mes observations personnelles (21).

Ces observations ont été l'objet d'une sélection attentive. Il faut, en effet, se garder de confondre avec les obsessions vraies, ce que M. Magnan appelle les idées obsédantes ou plutôt idées fixes, prévalentes, prépondérantes (Koch, Wernicke), dont la note principale est d'être toujours méconnues par le sujet.

D'un autre côté, il convient de bien analyser les rapports intimes des obsessions avec les phénomènes psychologiques concomitants. En effet, s'il est bien fréquent d'observer à la fois chez un même sujet des obsessions et d'autres symptômes délirants, la portée de ces observations n'est pas toujours la même.

Le plus souvent, il ne s'agit que d'une simple coexistence. L'obsession et le délire ne sont pas directement reliés l'un à l'autre. Ils n'ont d'autre rapport que le terrain commun, de prédisposition, sur lequel ils se sont développés et évoluent chacun pour son compte.

Tous les faits de ce genre ont été soigneusement éliminés de notre étude, pour nous limiter à ces autres cas, sans doute plus rares, mais beaucoup plus curieux, dans lesquels le délire se manifeste comme une émanation directe, une transformation progressive de l'obsession, dont il est parfois possible de saisir sur le fait et d'analyser les phases.

III. — Les formes psychopatiques auxquelles peut aboutir l'obsession varient suivant les circonstances. Ce sont, en général, la mélancolie, la confusion mentale et le délire onirique, les délires systématisés.

(*a*) ***Mélancolie.*** — Plusieurs cas sont à distinguer :

1° Les uns, peut-être plus nombreux, mais moins intéressants, sont ceux dans lesquels le passage de l'obsession à la vésanie ne se fait que d'une façon *indirecte*. Ce sont, par exemple, ceux dans lesquels on voit se développer chez un obsédé, sous l'influence de causes banales, un accès mélan-

colique s'accompagnant d'idées délirantes dont la teneur rappelle les obsessions antérieures.

Mme ..., atteinte de folie du doute, de scrupules religieux, de doutes sur la valeur de ses confessions, etc., vient à tomber à la suite d'une couche, de la mort de sa mère, d'embarras d'argent survenus au même moment, dans un accès mélancolique anxieux avec idées délirantes de culpabilité et de damnation.

D'autres fois, les obsessions ne jouent que le rôle d'une cause occasionnelle banale, comparable à celui d'une émotion morale quelconque, dans la production d'un accès épisodique de mélancolie, survenant à titre de complication.

Une dame neurasthénique, atteinte de maladie du doute depuis plusieurs années, se trouve assez incommodée de ses obsessions réitérées pour ne pouvoir plus s'occuper de sa maison, de ses enfants. Se sachant malade, elle s'inquiète de ne pas guérir, elle se voit désormais incapable de rendre les services qu'on est en droit d'attendre d'elle, et finalement, tombe dans un véritable accès mélancolique avec idées de ruine, d'auto-accusation.

Ces deux variétés de cas sont à mettre à part et à distinguer de ceux dans lesquels l'obsédé arrive *directement* à la mélancolie par accentuation progressive des symptômes de l'obsession.

Cette transformation peut se faire rapidement pour aboutir à la production d'un accès aigu de mélancolie, le plus souvent de forme anxieuse.

Ces accès de mélancolie, une fois constitués, ne diffèrent guère en eux-mêmes des accès vulgaires. Leurs traits particuliers résident seulement dans leur mode d'apparition et dans le caractère qu'ont les idées délirantes de n'exprimer que la transformation, l'accentuation des anciennes obsessions.

Mme B..., trente ans, est tourmentée depuis plus de dix ans par des obsessions diverses qui n'ont fait que s'accentuer avec l'âge: agoraphobie, et surtout doute, scrupules religieux entraînant des confessions répétées, délire du toucher, craintes de toucher aux objets malpropres et de devenir un agent de contamination..., obsessions presque incessantes depuis plusieurs mois; et les crises angoissantes auxquelles elles donnaient lieu, ont fini par faire place à un état d'anxiété continuelle, jour et nuit. La malade n'est plus en état de discuter ses obsessions et bientôt apparaissent sponta-

nément des idées délirantes de culpabilité, de damnation (elle est une empoisonneuse, elle est damnée, elle est Satan...) qui durèrent pendant huit mois.

En pareille occurrence, il importe de distinguer soigneusement ces états mélancoliques des crises d'obsessions subintrantes, qui semblent empiéter les unes sur les autres et déterminer un véritable état de mal obsédant dont la durée peut se prolonger des semaines et même des mois, en revêtant les apparences d'un véritable accès vésanique[2].

Dans d'autres cas, la marche est moins aiguë et l'on assiste à une évolution progressive de l'obsession vers un délire mélancolique caractérisé (délire systématisé secondaire). Le malade, comme le dit Schuele, accepte l'idée obsédante qui prend place au milieu de ses autres pensées ; la séparation disparaît et l'idée obsédante devient un délire véritable. C'est ainsi qu'on voit certains malades passer du doute à la croyance, d'un simple scrupule conscient à l'auto-accusation délirante[2].

Mme R..., trente-deux ans, avait déjà, étant jeune fille, la crainte d'une grossesse si elle se mariait, à cause des douleurs de l'accouchement. Après son mariage, contracté à l'âge de vingt ans, cela devint une véritable phobie. Malgré la cessation de tous rapports sexuels, les obsessions persistèrent, revêtant la forme d'une sorte de maladie du doute avec délire du toucher : craintes de toucher la literie, le linge de son mari de peur d'y rencontrer des taches de sperme et des poussières qui, en se détachant. auraient pu se déposer sur elle et pénétrer dans la matrice. Doutes incessants, interrogations réitérées à ce sujet, sans arriver à calmer l'angoisse. Lavages répétés des mains, des organes génitaux ; port d'une sorte de ceinture de chasteté recouverte de deux pantalons étroitement fermés et serrés aux genoux, pour calmer les crises angoissantes, dont la volonté et le raisonnement sont impuissants à la débarrasser, bien qu'en dehors des paroxysmes elle les juge dénuées de fondement.

Plus tard, crainte du contact de tout individu du sexe masculin, dans la rue, en omnibus. Elle ne peut sortir qu'accompagnée d'une femme de chambre, et cette précaution n'évite pas les interrogations consécutives, les doutes angoissants. Elle en arrive

[1] Ne pouvant rapporter ici les observations détaillées, nous nous bornons à indiquer les traits principaux en rapport avec l'évolution symptomatique.

[2] J. Séglas. *Leçons cliniques*, p. 84,

même à la peur de rencontrer des chiens, qui pourraient éjaculer sur ses vêtements.

Les choses étaient restées dans cet état, lorsqu'il y a deux ans, à la suite d'une période pendant laquelle les obsessions avaient été plus intenses, plus répétées, l'anxiété presque continuelle, Mme R..., à l'occasion de ses règles, très normales cependant, manifeste l'idée qu'elle fait une fausse couche, suivie rapidement d'une série d'idées, de teinte mélancolique, franchement délirantes. Elle est enceinte sans savoir de qui ni comment. Elle est une prostituée; elle s'est fait avorter; craintes de poursuites, du déshonneur, de la ruine pour sa famille, de la damnation. Elle est un monstre, elle fait horreur à tout le monde, etc. Tentative de suicide.

Aucun changement pendant dix mois. A cette époque, nouvelles idées délirantes hypocondriaques. Elle a la matrice désorganisée, le ventre gangrené. C'est la conséquence de son avortement, la punition de sa faute...

Peu à peu l'anxiété se calme, les idées délirantes persistent, mais gravitent dans un cercle de plus en plus restreint; rabâchage monotone; l'état de la malade rappelle celui des gémisseurs de Morel.

(*b*) *Confusion mentale; délire onirique.* — Il n'est pas exceptionnel de voir l'obsession déterminer certains états délirants auxquels on pourrait appliquer l'épithète générale de confusion mentale.

Cette confusion mentale résulte de deux éléments : d'une part, torpeur, impuissance intellectuelle ; de l'autre, automatisme des idées aboutissant parfois à un véritable délire à forme de rêve. Il n'y a là, en fait, que l'exagération de ces troubles intellectuels particuliers, de caractère aboulique, que l'on retrouve toujours chez les obsédés et qu'ils traduisent eux-mêmes en disant, par exemple : « Ma tête travaille toujours et cependant je reste fixé sur une chose, sans aboutir à rien ».

Suivant les cas, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre de ces deux éléments qui prédomine dans le tableau clinique.

L'état de torpeur intellectuelle peut être plus ou moins accentué, depuis le simple engourdissement jusqu'à la confusion mentale et même jusqu'à la stupeur. Ces accès de stupeur peuvent être quelquefois très courts et disparaître en quelques jours ; mais il est des cas où je les ai vus durer beaucoup plus longtemps, pendant plusieurs semaines.

J'ai observé un jeune homme de dix-sept ans, atteint de maladie du doute (scrupules, interrogations, manie du pourquoi, recherche angoissante du mot) qui, du fait même de ses obsessions, de plus en plus absorbé par elles et indifférent aux choses extérieures, a fini par verser de l'état de distraction, presque habituel aux obsédés, dans un état de stupeur complète, avec troubles vaso-moteurs, refus d'aliments, manie lectuaire, mutisme. Lorsqu'on le secouait fortement, il levait la tête, regardait autour de lui d'un air égaré, comme un dormeur qui s'éveille. « Quoi ? » disait-il seulement, puis il retombait immédiatement dans son immobilité silencieuse. Cet état dura plus de deux mois.

Schuele a bien étudié l'état d'excitation intellectuelle automatique, de mentisme, si fréquent chez les obsédés. « Poussé par une force irrésistible, dit-il, le malade est contraint de suivre cette marche pathologique des idées qui devient de plus en plus rapide, jusqu'à ce que, enfin, toutes ses pensées se perdent dans un chaos confus. Des nuages obscurcissent de plus en plus son intelligence où tout devient obscur, et la pensée est absolument arrêtée. »

« Je suis continuellement distrait, me disait un malade atteint de la folie du doute ; malgré tous mes efforts, je regarde sans voir, j'écoute sans entendre, et pendant tout ce temps mes idées me travaillent, partant de l'objet que j'ai à la main pour arriver au Kamtchatka, et cela n'a pas de raison de s'arrêter. »

C'est là l'état habituel et nous sommes encore dans le domaine de l'obsession simple ; que les choses viennent à s'accentuer et l'on assiste à un véritable délire à forme de rêve, qui peut durer plusieurs jours et même plusieurs mois.

J'ai soigné pendant plusieurs années un homme de trente ans, atteint de maladie du doute avec scrupule de toute espèce, notamment doute d'avoir pu frapper ou blesser quelqu'un malgré lui. A deux reprises différentes, j'ai observé chez lui le fait suivant : Il avait lu dans un journal le récit d'un crime dont l'auteur restait inconnu. Cette lecture provoqua chez lui d'abord une crise de ses obsessions habituelles, puis, quelques jours après, la crainte obsédante d'avoir pu commettre le crime dont il avait lu le récit. Après une courte période de doute conscient à ce sujet, il en arriva à se croire véritablement coupable et à raconter toutes les circonstances de son crime imaginaire, la façon dont il l'avait prémédité et commis, le mobile, comment il avait pu échapper à la justice, avec un luxe de détails qui n'existaient nullement dans son journal

et une telle précision qu'il semblait évoquer et revivre des scènes qu'il aurait réellement vécues. Aucun argument ne pouvait le convaincre de son erreur. Ce délire particulier, à forme de rêve, dura chez lui presque un mois à chaque fois.

Les cas de ce genre me semblent correspondre à ce que Schuele a signalé en pareille circonstance sous le nom de « délire systématisé aigu ». Mais il en est d'autres dans lesquels les mêmes phénomènes se répètent et finissent par constituer un délire qui, tout en gardant les mêmes caractères, est beaucoup plus prolongé encore. Il arrive même souvent, en pareil cas, que ce délire s'alimente dans un rêve nocturne, précisant en quelque sorte le contenu de l'obsession, rêve qui se prolonge pendant la veille et qui, se renouvelant ou se développant les nuits suivantes, donne au délire qui en résulte une sorte de stabilité, favorisée encore par les troubles intellectuels fondamentaux d'aboulie, les paramnésies, les altérations de la perception extérieure, de la cœnesthésie... Par leur origine et leurs caractères intrinsèques, ces délires méritent bien le qualificatif d'oniriques.

Leur notation n'a rien, d'ailleurs, qui puisse nous surprendre, si nous nous rappelons la fréquence, chez les obsédés, surtout les scrupuleux, de rêves en rapport avec l'obsession, et les analogies profondes que présente leur état mental fondamental avec celui des malades chez lesquels on observe d'ordinaire les délires oniriques.

Mme L..., cinquante-un ans, a eu, depuis l'âge de quatorze ans, des obsessions diverses qui, depuis, n'ont toujours fait que croître en intensité et en fréquence. C'était surtout des obsessions de doute multiples, parmi lesquelles figurait au premier plan, depuis son mariage, la crainte de tromper ou d'avoir trompé son mari malgré elle.

Depuis une dizaine d'années, ces obsessions, qui se présentaient jusque-là sous la forme classique, se sont quelque peu modifiées. Souvent, les interrogations que se pose la malade font place à une certitude par une sorte de confusion entre le souvenir du fait réel qui reste incertain et les associations d'idées qu'il réveille actuellement. L'événement qu'elle redoute se précise ainsi petit à petit et devient si net dans son esprit qu'elle se le représente comme elle pourrait se représenter une chose qui serait réellement arrivée. Cela est tellement net qu'elle ne doute plus et finit par affirmer : « Je me souviens! » Quelques jours après la crise, elle juge sainement les choses et se dit : « Suis-je bête (*sic*) d'avoir eu

ces idées. » Ce qui ne l'empêche pas d'être reprise par d'autres toutes semblables.

Cela a encore duré ainsi un certain temps. Mais, depuis deux ans, les faux souvenirs, à force de se répéter, ont fini par acquérir la précision des souvenirs réels et par ne plus être appréciés, à aucun moment, à leur juste valeur. De plus, ils se soutiennent et s'enchaînent les uns aux autres, et se relient également à des rêves hypnagogiques, représentant à la malade tous les faits qu'elle redoute d'avoir accomplis. Elle rêve ainsi qu'elle se relève la nuit, sans prendre à peine le temps de se vêtir, pour descendre se livrer dans la rue au premier venu. Elle voit son complice, entend la voix des passants, ressent le froid de la nuit sur ses épaules, éprouve des sensations génitales suivies au réveil d'un sentiment de fatigue... Ces rêves, qui se renouvellent la nuit, persistent dans la veille. Mme L... en arrive ainsi à se créer rétrospectivement une existence tout imaginaire de véritable prostituée. Elle décrit toutes les scènes érotiques qu'elle aurait accomplies, les revoit dans son imagination, en retrace les principaux détails d'une façon aussi précise que si elles avaient réellement eu lieu. Aussi, son doute n'existe-t-il plus à proprement parler, « car, dit-elle, comment pourrais-je me représenter tout cela si je ne l'avais pas réellement fait. Je ne rêve pas, allez, je me souviens. »

(c) *Délires systématisés.* — L'analogie qui existe entre les obsessions en général et les délires systématisés paranoïaques a, depuis longtemps, frappé les observateurs à tel point que certains d'entre eux (Arndt, Morselli...) ont qualifié l'obsession du nom de paranoïa rudimentaire.

Un argument à l'appui de cette manière de voir pourrait être tiré de ces cas, peut-être rares, mais nullement exceptionnels, dans lesquels on voit l'obsession évoluer et passer par des transitions insensibles à l'idée fixe et au délire systématisé.

Petit à petit, le malade perd vis-à-vis de ses obsessions tout pouvoir de critique, de contrôle ; il ne la sépare plus de ses autres idées; il l'accepte, il ne discute plus, ne doute guère et souvent même il croit. Cependant, son intelligence n'est pas absolument passive, mais son activité n'intervient plus pour lutter, pour contrôler le caractère pathologique du phénomène. Elle cherche, au contraire, à l'interpréter comme un fait acquis accepté comme réel. C'est la voie ouverte aux interprétations du délire systématisé.

Un jeune homme est atteint, depuis l'âge de dix-sept ans, d'obsessions anxieuses diverses, surtout sous la forme de maladie du

doute avec préoccupations d'ordre génital : craintes d'avoir commis des actes inconvenants en public, d'avoir souillé telle ou telle personne, d'avoir eu inconsciemment des rapprochements sexuels anormaux; attraction mêlée de crainte du contact de choses répugnantes.

Intermittentes d'abord, les crises obsédantes se sont de plus en plus rapprochées, presque incessantes. En même temps, l'angoisse concomitante devient moins intense; le malade lutte moins, est plus passif, plus « indifférent », sa critique faiblit parallèlement et, dans certaines occasions, le doute fait place à la certitude. L'exécution de l'acte inconvenant ou immoral, tout en restant un sujet de scrupules, n'est plus alors une crainte, c'est un fait certain et affirmé péremptoirement. Ce n'est plus un simple doute, mais une idée d'*autoaccusation* formelle, nettement délirante.

Plus récemment, se sont manifestés d'autres symptômes : idées de persécution s'accompagnant d'interprétations délirantes et même d'hallucinations. Elles se relient aux idées d'autoaccusation, et trouvent leur explication dans les inconvenances que le malade a commises ou pu commettre.

Idées d'un complot formé contre lui par des personnes désignées, voix injurieuses, idées d'empoisonnement, injection de virus pendant le sommeil, etc.

Une dame que je connais depuis plus de quinze ans, a présenté dès sa jeunesse des obsessions rupophobiques : angoisses déterminées par la vue d'objets sales et répugnants, ou même par l'audition de mots éveillant l'idée de malpropreté : crainte des souillures de l'âme, du péché, scrupules. Ce sont ces dernières obsessions qui, plus tard, se sont placées au premier plan. Elles ont fini par amener la malade à se considérer comme un être privilégié éprouvé par le martyre et réalisant l'idéal de la pureté. Elle a souffert la passion, dit-elle en parlant de ses obsessions premières ; elle fut « dolorosa », mais elle a été « sacrée par Dieu... », etc.

Les conceptions délirantes qui forment le thème de ces délires systématisés peuvent être en pareil cas de nature très diverse : idées hypocondriaques, idées religieuses, idées de persécution, idées d'auto-accusation, ou même idées orgueilleuses. Les plus fréquentes, d'après notre observation personnelle, sont les idées de persécution.

Il est, à ce propos, une remarque intéressante. C'est que presque toujours ces idées de persécution expriment, de la part du malade, l'idée d'une contrainte subie ; ils invoquent l'hypnotisme, la suggestion... Souvent même, ces caractères s'accentuent et les délires revêtent la forme que nous avons

décrite sous le nom de variété psycho-motrice des délires de persécution, avec tout ce cortège de symptômes qui se résument dans un véritable dédoublement de la personnalité, s'exprimant même parfois par des idées de possession.

Mlle J... présente, depuis l'âge de dix-huit ans, des obsessions de doute sous forme d'interrogations; recherches métaphysiques.

Plus tard, idées obsédantes à forme de contraste; manie blasphématrice, impulsions à blasphémer en priant à l'église, à frapper les personnes qu'elle aime le mieux; doutes sur l'exécution de ses diverses impulsions. A l'âge de vingt-quatre ans, Mlle J..., qui, jusque-là, avait eu pleine conscience de ses obsessions, arrive à les considérer comme le fait d'un mauvais esprit. Elle qui disait auparavant, en s'analysant très justement : « c'est comme s'il y avait en moi une seconde pensée qui me contredit toujours et me pousse au mal quand j'ai l'idée du bien », finit par se croire réellement le jouet d'un être malfaisant, d'un démon qui la possède, s'oppose à tous ses actes, l'inspire et la dirige à son gré. et sa conviction est telle qu'elle ne voit plus de secours que dans l'exorcisme.

Mlle F... avait commencé par avoir des obsessions d'onomatomanie et d'arithmomanie (recherche angoissante du mot, obsession du chiffre 3 intervenant dans tous ses actes : lettres à vérifier trois fois, portes à fermer trois fois, etc.).

Ne pouvant, malgré ses efforts, se débarrasser de ces « manies » qu'elle trouvait absurdes et qui l'entraînaient à des actes de plus en plus extravagants, elle en vint à soupçonner qu'ils lui étaient imposés par certaines personnes voulant lui jouer de mauvaises farces et douées d'un pouvoir surnaturel. Une fois sur cette voie, les interprétations ne se font pas attendre, puis les idées de persécution caractérisées, de plus en plus systématisées, avec hallucinations d'abord sensorielles, puis surtout psycho-motrices.

Il y a deux points particuliers à noter dans ce délire de persécution. C'est d'abord qu'il a son aliment principal dans les obsessions onomatomaniaques qui n'ont cessé de persister. Les persécutions, en effet, consistent surtout dans la recherche de mots ou de séries de lettres qui sont imposés à la patiente comme un problème à résoudre et dont elle est forcée de trouver la solution sous peine de souffrance et d'agitation.

En second lieu, c'est la présence d'idées de défense correspondant à la solution de ces problèmes onomatomaniaques et qui, par leur organisation en système, leur opposition constante avec les idées de persécution, la présence de phénomènes psychomoteurs divers correspondant à ces deux ordres d'idées, constituent un véritable dédoublement de la personnalité.

A côté de ces faits dans lesquels l'évolution de l'obsession au délire systématisé est nettement caractérisée, on rencontre des cas beaucoup moins accentués. Ce sont ceux dans lesquels la psychose n'est encore qu'en voie d'organisation et que MM. Pitres et Régis ont signalé sous le nom de *cas de transition.*

Mlle M..., âgée de vingt-six ans, est atteinte, depuis plusieurs années, d'obsessions de doute très caractérisées; scrupules, besoins de confessions réitérées, craintes de certains contacts. lavages des mains.

Cette demoiselle qui, pendant longtemps, avait eu conscience du caractère pathologique de ses « manies », comme elle disait elle-même, se refuse à l'admettre maintenant; bien plus elle tend à les regarder comme la preuve d'une sorte de supériorité. Elle a une réponse prête à toute objection, une justification de tous ses actes, et ses scrupules divers ne sont plus pour elle que les preuves d'une conscience morale affinée, plus délicate que celles des autres personnes et qui dépasse l'intelligence de ses contradicteurs.

IV. — Quelles sont, parmi les obsessions, celles qui sont susceptibles des différentes transformations que nous venons de décrire.

D'après Pitres et Régis, les formes qui aboutissent au délire systématisé sont les états obsédants à symptômes surtout intellectuels, et celles qui versent dans la mélancolie anxieuse, les états obsédants à symptômes surtout émotionnels, c'est-à-dire les phobies.

Mes observations personnelles ne m'autorisent pas à partager cette manière de voir, applicable peut-être à quelques cas particuliers. Je croirais plus volontiers que les obsessions qui peuvent aboutir à des accidents vésaniques caractérisés, quelle qu'en soit la forme, sont surtout les obsessions dites intellectuelles et, en particulier, les différents types décrits sous le nom général de maladie du doute.

Je serais d'ailleurs assez disposé à croire que la maladie du doute mériterait déjà de constituer, dans le cadre des obsessions, une variété à part, intermédiaire aux obsessions et aux formes vésaniques caractérisées, les délires systématisés en particulier. Ce serait surtout celles-là auxquelles pourrait s'appliquer le terme de *Paranoïa rudimentaire*.

S'il est très difficile d'établir des rapports entre la forme

de l'obsession et son évolution vers le délire, on peut se demander s'il n'existe pas, dans tel ou tel cas donné, des symptômes de nature à faire craindre cette évolution.

Les éléments de pronostic me paraissent devoir être tirés, non pas de la forme de l'obsession, mais du complexus symptomatique et de l'analyse de l'état mental sous-jacent

On se borne généralement à n'envisager, dans l'obsession, qu'un certain groupe de symptômes directement reliés à la crise obsédante, et si l'on veut pénétrer plus avant dans leur pathogénie, ce n'est guère que pour discuter les rapports de subordination réciproques entre les troubles émotionnels et l'idée obsédante. Cela peut avoir quelque intérêt, mais ce n'est qu'une des faces de la question. Une autre, non moins intéressante et beaucoup plus importante pour le clinicien, c'est l'étude de l'état mental sous-jacent, interparoxystique [1], et l'analyse de modifications intellectuelles variables qui peuvent imprimer leur marque à l'obsession elle-même et faire les malades si différents les uns des autres, fussent-ils atteints de la même forme d'obsessions.

Que ces modifications se résument dans leur ensemble en des troubles de synthèse mentale, à caractère d'insuffisance, en une dissociation spéciale de la conscience personnelle, les détails n'en diffèrent pas moins suivant les individus ou chez le même individu suivant les étapes, et la durée de la maladie.

Tantôt le défaut, l'insuffisance de synthèse se manifestent dans le domaine de la perception, soit qu'elle porte sur les objets ou sur les faits du monde extérieur, soit qu'elle s'exerce sur les sensations internes, sur les divers éléments de la cénesthésie. Tantôt c'est dans le domaine des souvenirs, et c'est ainsi que prennent naissance les paramnésies spéciales, si fréquentes en particulier chez les douteurs. D'autres fois, c'est l'idéation, l'association des représentations mentales qui se trouve intéressée, comme dans les cas si nombreux de contraste psychique dont viennent se plaindre les obsédés.

Ajoutons à cela l'existence, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, de phénomènes spéciaux d'automatisme sous forme de tendances impulsives avec illusions ou hallucina-

[1] Voir J. Séglas. *Leçons cliniques* et *Soc. méd. psych.*, février 1901.

tions kinesthétiques, de pseudo-hallucinations (au sens de Kaudinsky), d'hallucinations verbo-motrices plus ou moins développées, mais d'observation presque courante, enfin, de véritables hallucinations sensorielles.

Il importe également de tenir compte de la fréquence des paroxysmes, de l'intensité et de la durée des phénomènes émotionnels concomitants, en raison même du pouvoir de dissociation qu'exerce l'émotion sur les différents éléments de la pensée.

Si ces différents troubles psychologiques sont plus faciles à saisir lorsqu'on les considère dans leurs rapports directs avec l'obsession, ils ne se manifestent pas moins en dehors d'elle, dans l'exercice général de l'intelligence, dans les troubles de l'attention, les défaillances de la mémoire, l'insuffisance de la volonté.

Ce sont là des désordres psychologiques divers que l'on peut trouver non seulement isolés, mais réunis chez un même malade, et cette notation n'est pas de peu d'importance au point de vue du pronostic, pour déterminer l'atteinte plus ou moins profonde de l'intelligence, l'envahissement plus ou moins prononcé par l'obsession.

V. — Indispensables pour le pronostic, ces notions ne sont pas moins utiles pour se rendre compte du mécanisme de la transformation de certaines obsessions, de leur évolution vers le délire. Toutes aboutissent, en dernier terme, à l'existence, chez les obsédés, d'un trouble de la conscience personnelle sur lequel nous avons insisté autre part et auquel, à notre avis, on n'attache pas assez d'importance. Même chez les obsédés qui se rendent compte de leur état, cette division de la conscience n'en existe pas moins déjà dans l'intervalle des crises, comme à l'état latent, constituant une sorte de diathèse mentale particulière qu'on pourrait appeler avec Tanzi diathèse d'incoercibilité psychique.

L'idée obsédante n'en est que la manifestation ultime, la plus parfaite; car elle est constituée par un groupement, une synthèse partielle de certains faits psychiques qui, loin de s'assimiler à la synthèse principale représentant la conscience personnelle, entre en lutte avec elle et l'envahit à chaque instant, en se mêlant aux autres pensées.

Dans certaines circonstances, comme lorsque le sujet cède à son obsession, cet envahissement devient tel qu'il absorbe

momentanément à son profit presque tout le champ de la conscience. La lutte disparaît et tous les éléments psychiques semblent se grouper en une seule synthèse, en un état de conscience unique. Mais celui-ci n'est justement que le dernier terme d'épanouissement de la synthèse pathologique, la manifestation la plus nette de l'asservissement et de l'éclipse momentanée de la conscience personnelle. C'est là, dans cette dissociation de la conscience personnelle, dans son obnubilation passagère, dans son asservissement plus ou moins durable que nous trouverons la clé du mécanisme qui pourra déterminer le passage de l'obsession au délire.

Que les différents troubles psychiques examinés plus haut figurant à l'origine de l'obsession et présentant tous le même caractère de synthèse mentale insuffisante, viennent à se multiplier, à s'exagérer d'une façon en quelque sorte aiguë, et nous assistons alors, suivant les cas, à ces états de stupeur, de confusion mentale, à ces délires de rêve que nous avons signalés, ou bien à des états à forme de mélancolie anxieuse. Mais le bouleversement peut n'être pas aussi brusque. Le processus de désagrégation psychologique s'accentue de jour en jour; en raison même de leur répétition. les synthèses partielles correspondant aux idées obsédantes deviennent de plus en plus stables et précises, en même temps qu'elles s'accroissent d'éléments nouveaux. C'est une sorte de travail de pénétration lente aboutissant à l'appauvrissement de plus en plus prononcé de la conscience personnelle dont le rôle de réducteur finit par devenir impossible. Il n'y a plus de contrôle, de critique; la lutte, le doute font place à l'adaptation, à la croyance.

L'idée obsédante prend définitivement place au milieu des autres pensées. Elle fait désormais partie intégrante de l'être psychique. Souvent les choses en restent là; mais, d'autres fois, sur ce terrain ainsi préparé, on voit se manifester ces tendances logiques, inconscientes et générales de l'esprit humain, provoquant l'interprétation, la justification d'un état de conscience contre lequel le malade ne lutte plus, mais qui est désormais accepté. C'est ainsi qu'il s'engage sur la voie des délires systématisés.

Ces considérations nous expliquent encore la forme que revêtent quelquefois ces délires, les idées de persécution par l'hypnotisme, la suggestion, ou les délires plus accentués de

possession en rapport avec un dédoublement de la personnalité qui ne sont à la fois que l'exagération et la justification délirante de l'automatisme, de la dissociation, du contraste psychique, inhérents à la préexistence et à la persistance de l'obsession.

THÉRAPEUTIQUE.

La Rééducation motrice dans les maladies du système nerveux. — Ses applications à l'ataxie des tabétiques;

PAR M. G. CONSTENSOUX

Ancien interne des hôpitaux,
Chef du service de rééducation et kinésithérapie de la Clinique Charcot (Salpêtrière).

Il n'est plus aujourd'hui de médecin habitué à la pratique des maladies nerveuses qui ne connaisse la rééducation motrice et ne sache que, grâce à cette méthode, il est désormais possible de corriger dans une large mesure un grand nombre des troubles des mouvements, mais bien peu parmi eux se font de la rééducation une opinion à la fois juste et précise : pour les uns, elle consiste en une sorte de gymnastique dont l'emploi serait basé sur cette idée, exacte en elle-même mais un peu trop vague, à savoir que l'exercice perfectionne, tant au point de vue de la quantité que de la qualité, les fonctions de nos organes ; les autres y voient le traitement correctif mais quasi-spécifique de l'ataxie. La première opinion dénote une connaissance par trop superficielle de la question, la seconde ne tient compte que des débuts, des premières tentatives de la rééducation, dont elle ignore le développement actuel : ni l'une ni l'autre ne sont plus de mise aujourd'hui.

Dans ces dernières années, en effet, l'étude des troubles de la motilité dans les affections chroniques du système nerveux a été poussée plus à fond, ils ont été analysés, leur pathogénie commence à s'éclairer dans bien des cas ; en

même temps, on a appris à connaître les diverses variétés de la thérapeutique par le mouvement et par l'exercice, leurs effets, leurs modes d'action, et, par suite, leurs indications: en sorte que désormais la rééducation, loin de représenter une thérapeutique empirique et d'application étroite, est devenue une méthode large dans sa conception, mais précise dans ses applications, éclectique par les procédés qu'elle met en œuvre, déduite logiquement de l'analyse des troubles qu'elle combat, de la connaissance de la physiologie normale et pathologique et du mode d'action des mouvements méthodiques; elle a pu s'adresser à un grand nombre de syndromes différents depuis qu'elle a su opposer aux divers symptômes des techniques appropriées.

Si la rééducation mérite d'être ainsi comprise, ce serait une tâche singulièrement vaste que d'entreprendre de traiter le sujet en entier, de passer en revue toutes les maladies qui relèvent de cette thérapeutique et d'étudier les procédés qu'il convient d'employer pour chacune d'elles; aussi n'aborderons-nous que deux des chapitres de cette grosse question.

Nous parlerons d'abord de la rééducation motrice en général, nous chercherons à la définir, à montrer ses principes, ses limites, ses parentés et ses différences avec les autres variétés de la thérapeutique par le mouvement; nous dirons à quel groupe de maladies elle s'adresse et suivant quelle méthode générale on peut pratiquer utilement la rééducation.

Après quoi, envisageant non pas les applications de la rééducation, mais une seule d'entre elles, une des plus intéressantes, il est vrai, nous indiquerons d'une façon plus spéciale comment il convient aujourd'hui de conduire la rééducation des ataxiques.

I. La Rééducation motrice.

Ce n'est qu'au siècle dernier que les progrès réalisés dans l'étude des sciences physiques, joints à une connaissance plus approfondie de la physiologie et de la pathologie, permirent aux médecins thérapeutes d'utiliser désormais de façon vraiment scientifique les moyens physiques, non pas que la valeur de la plupart d'entre eux fût jusqu'alors méconnue — nous citerons seulement l'exemple des eaux minérales, — mais leur emploi était demeuré tout empirique.

Vers 1820, l'École suédoise, avec Ling et ses élèves, avait commencé d'étudier les effets des diverses variétés de mouvements actifs ou passifs sur les organismes vivants, sains ou malades, faisant bénéficier de ces notions nouvelles non seulement l'hygiène mais aussi la médecine ; désormais la thérapeutique par le mouvement était fondée. Elle devait bientôt se préciser, donnant naissance à des méthodes distinctes : le massage, la gymnastique médicale, la mécanothérapie, par exemple, mais toutes ces méthodes procédaient également du même principe et se proposaient alors le même but : développer *les organes* moteurs, afin d'augmenter et de perfectionner leurs fonctions. C'est aussi cette même idée qui dirigeait les applications faites alors de ces procédés thérapeutiques aux cas de maladies nerveuses ; pour ce dernier groupe d'affections, le besoin ne se faisait même pas sentir de demander davantage à la kinésithérapie, puisque la neuropathologie existait à peine encore, que la plupart des types cliniques qui nous sont aujourd'hui familiers étaient ignorés, et que toutes les variétés de troubles de la motilité notamment étaient alors confondues sous le nom de paralysies, c'est-à-dire considérées comme des phénomènes de déficit dus à la destruction plus ou moins complète des organes moteurs ; tous les efforts des médecins tendaient à la réparation de ces organes, et, si on cherchait, par des procédés mécaniques, à en réveiller les fonctions, c'est qu'on voyait là un moyen de solliciter et de régénérer l'organe lui-même.

De bonne heure pourtant, l'observation des effets produits par l'exercice chez les sujets normaux, enfants ou adultes, et l'analyse de certains succès thérapeutiques dans des cas de lésions incurables fit admettre cette idée nouvelle que si les deux termes organe et fonction, système moteur et mouvement, sont évidemment dans une étroite dépendance l'un par rapport à l'autre, il n'y a pourtant pas entre eux d'équation absolue, que l'appréciation de l'état organique ne donne qu'une mesure très imparfaite de la fonction correspondante, chez un sujet donné, l'état anatomique d'un organe restant le même, son rendement est néanmoins susceptible de se modifier dans une large mesure.

Considérant, par exemple, le système moteur d'un homme de développement moyen, l'observation a de tout temps

même temps, on a appris
de la thérapeutique par l
effets, leurs modes d'acti
en sorte que désormais
une thérapeutique emp
devenue une méthode l
dans ses applications.
met en œuvre, déduite
qu'elle combat, de la
male et pathologique
méthodiques; elle a
syndromes différents
symptômes des tech

Si la rééducation
une tâche singuliè
le sujet en entier,
relèvent de cette
qu'il convient d'e
derons-nous que

Nous parleron
général, nous c
cipes, ses limit
autres variétés
dirons à quel g
quelle méthod
rééducation.

Après quoi,
rééducation, n
ressantes, il e
ciale commen
cation des ata

Ce n'est qu'
l'étude des sci
approfondie d
aux médecins
ment scientifi
de la plupart
citerons seule
leur emploi ét

avail régulier et p
es pratiques telles que
uscles et, parallèlement
on manifeste : c'est ain
e développement porte alors
e de travail possible, et c
pour cela devenus plus habile
el il faudrait plus de précision
re, le même individu a répé
déterminé, si complexe et délicat
d'un certain temps capable de
s effort et même sans attention
ques et l'apparence extérieure des
ont pourtant pas modifiés, c'est leur
spécialisée dans le sens où elle a été
ent de ce genre ne sert pas seulement
ent acquérir une habileté exception-
ous nous avons plus ou moins péni-
archer, à courir, à écrire, à manier les
à exécuter tous nos mouvements, les
nnels par exemple.

pte de l'influence du système nerveux
effets d'une semblable *éducation* ; les
nt que la partie inférieure du système
ire, ils ne font qu'obéir passivement
ont donnés et transmis par les centres
veux ; les organes nerveux au contraire
nisme délicat qui commande et règle
Or, dans le premier cas, c'est le déve-
les qui a été favorisé ; dans le second
que c'est avant tout le système nerveux
méthodique, par l'éducation, a été im-
peut bien admettre qu'en prenant de nou-
il a été matériellement modifié, on peut
nouvelles connexions se sont établies ou
neurones, mais comme ce sont là des
moyens actuels d'investigation ne per-
vérifier, le seul fait intéressant à constater et
c'est que, sous l'influence de l'exercice
organes moteurs paraissent être demeurés
fonctions se sont singulièrement modifiées.

ıait un jour tout nouveau sur le méca-
ıhysique : on put comprendre comment
-être pas, mais éveille, met en évidence
udes fonctionnelles jusqu'alors plus ou
s organes qu'elle adapte à des conditions
e que leur travail utile se trouve, aux points
tif et surtout qualiatif, notablement aug-

besoin d'insister pour faire comprendre com-
ıde une pareille conception, quel parti on peut
plasticité, de cette susceptibilité de spécialisa-
suite de perfectionnement de nos organes à l'état
serait intéressant de la montrer se traduisant à
ıstant et pour les organes les plus variés, aussi bien
cœur et les vaisseaux dans les affections du système
ıoire, que pour nos moyens de défense contre les infec-
on verrait alors qu'elle n'est qu'une manifestation de
iétés biologiques beaucoup plus générales encore, des
ltés de sensibilité, d'adaptation et de mémoire de la
tière vivante. Mais ne nous écartons pas de notre sujet.

Les médecins, avons-nous dit, n'ignoraient pas les effets possibles de l'éducation physique et de l'éducation motrice en particulier, mais ce n'était guère que les individus sains qu'ils s'efforçaient d'en faire bénéficier; pour les malades atteints de troubles moteurs, on cherchait surtout à atteindre et reconstituer l'organe altéré ; quant aux troubles de la motilité dans les maladies nerveuses, ils étaient aussi peu connus que celles-ci elles-mêmes.

Cependant la neuropathologie, créée par Duchenne de Boulogne et Charcot prenait, sous l'influence prépondérante de l'Ecole de la Salpêtrière, le développement le plus rapide; de nouveaux chapitres s'ouvraient tous les jours en pathologie nerveuse, et bientôt il fallut compter avec tout un groupe de maladies ou de syndromes récemment découverts, le tabes, la maladie de Friedreich, les affections cérébelleuses, les tics, les chorées, les tremblements, la maladie de Parkinson, l'athétose, les myoclonies, les crampes fonctionnelles, toutes affections caractérisées par de gros troubles de la motilité coïncidant avec la conservation de la force musculaire, l'intégrité plus ou moins complète de la fibre musculaire, et la non-abolition des contractions volontaires,

démontré qu'en lui imposant un travail régulier et progressif, en le soumettant à certaines pratiques telles que le massage, on voit le volume des muscles et, parallèlement, leur puissance augmenter de façon manifeste : c'est ainsi qu'on fait les athlètes. Mais ce développement porte alors exclusivement sur la quantité de travail possible, et ces mêmes muscles ne seront pas pour cela devenus plus habiles à exécuter un effort pour lequel il faudrait plus de précision que d'énergie. Si, au contraire, le même individu a répété assidûment un mouvement déterminé, si complexe et délicat soit-il, il devient au bout d'un certain temps capable de l'exécuter à coup sûr, sans effort et même sans attention ; les caractères morphologiques et l'apparence extérieure des organes moteurs ne se sont pourtant pas modifiés, c'est leur fonction seule qui s'est spécialisée dans le sens où elle a été dirigée. Un entraînement de ce genre ne sert pas seulement aux individus qui veulent acquérir une habileté exceptionnelle : c'est ainsi que tous nous avons plus ou moins péniblement appris à marcher, à courir, à écrire, à manier les objets les plus variés, à exécuter tous nos mouvements, les mouvements professionnels par exemple.

C'est en tenant compte de l'influence du système nerveux qu'on comprend les effets d'une semblable *éducation ;* les muscles ne représentent que la partie inférieure du système moteur neuro-musculaire, ils ne font qu'obéir passivement aux ordres qui leur sont donnés et transmis par les centres et les conducteurs nerveux ; les organes nerveux au contraire constituent le mécanisme délicat qui commande et règle l'action musculaire. Or, dans le premier cas, c'est le développement des muscles qui a été favorisé ; dans le second, il n'est pas douteux que c'est avant tout le système nerveux qui, par l'exercice méthodique, par l'éducation, a été impressionné. On peut bien admettre qu'en prenant de nouvelles habitudes il a été matériellement modifié, on peut supposer que de nouvelles connexions se sont établies ou affirmées entre les neurones, mais comme ce sont là des hypothèses que nos moyens actuels d'investigation ne permettent pas de vérifier, le seul fait intéressant à constater et à mettre à profit, c'est que, sous l'influence de l'exercice bien dirigé, si les organes moteurs paraissent être demeurés les mêmes, leurs fonctions se sont singulièrement modifiées.

Une pareille idée jetait un jour tout nouveau sur le mécanisme de l'éducation physique : on put comprendre comment celle-ci ne crée peut-être pas, mais éveille, met en évidence et exalte les aptitudes fonctionnelles jusqu'alors plus ou moins latentes des organes qu'elle adapte à des conditions spéciales, en sorte que leur travail utile se trouve, aux points de vue quantitatif et surtout qualiatif, notablement augmenté.

Il n'est pas besoin d'insister pour faire comprendre combien est féconde une pareille conception, quel parti on peut tirer de cette plasticité, de cette susceptibilité de spécialisation et par suite de perfectionnement de nos organes à l'état normal. Il serait intéressant de la montrer se traduisant à chaque instant et pour les organes les plus variés, aussi bien pour le cœur et les vaisseaux dans les affections du système circulatoire, que pour nos moyens de défense contre les infections ; on verrait alors qu'elle n'est qu'une manifestation de propriétés biologiques beaucoup plus générales encore, des facultés de sensibilité, d'adaptation et de mémoire de la matière vivante. Mais ne nous écartons pas de notre sujet.

Les médecins, avons-nous dit, n'ignoraient pas les effets possibles de l'éducation physique et de l'éducation motrice en particulier, mais ce n'était guère que les individus sains qu'ils s'efforçaient d'en faire bénéficier ; pour les malades atteints de troubles moteurs, on cherchait surtout à atteindre et reconstituer l'organe altéré ; quant aux troubles de la motilité dans les maladies nerveuses, ils étaient aussi peu connus que celles-ci elles-mêmes.

Cependant la neuropathologie, créée par Duchenne de Boulogne et Charcot prenait, sous l'influence prépondérante de l'Ecole de la Salpêtrière, le développement le plus rapide ; de nouveaux chapitres s'ouvraient tous les jours en pathologie nerveuse, et bientôt il fallut compter avec tout un groupe de maladies ou de syndromes récemment découverts, le tabes, la maladie de Friedreich, les affections cérébelleuses, les tics, les chorées, les tremblements, la maladie de Parkinson, l'athétose, les myoclonies, les crampes fonctionnelles, toutes affections caractérisées par de gros troubles de la motilité coïncidant avec la conservation de la force musculaire, l'intégrité plus ou moins complète de la fibre musculaire, et la non-abolition des contractions volontaires,

affections dans lesquelles la perte de la fonction semble l'emporter de beaucoup sur l'altération de l'organe.

Le rapprochement devait être tôt ou tard opéré entre de pareilles affections et les notions que nous avons rappelées relativement à l'action de l'éducation organique, mais, s'il nous paraît aujourd'hui si simple et si logique, si nous trouvons si naturel, en cas de perturbations fonctionuelles dues à des causes qui n'ont pas irrémédiablement atteint les organes eux-mêmes, de reconstituer la fonction compromise, au moyen d'un travail d'éducation nouvelle — de *rééducation* — c'est que toutes les idées justes paraissent simples d'après coup, et non pas que celle-ci en particulier fût si facile à découvrir.

En fait, la rééducation n'a pas été constituée depuis de bien longues années en méthode thérapeutique régulière, et les causes de ce retard se comprennent assez bien. C'est d'abord que les idées que nous avons exposées sur l'éducation motrice ne se sont précisées que peu à peu et n'étaient pas dès le début formulées de façon aussi nette ; c'est aussi parce que, tant qu'un syndrome n'est connu qu'au point de vue clinique, sans qu'on en connaisse en même temps les éléments constituants et la pathogénie, nous n'avons pas de guide qui permette de lui opposer une thérapeutique appropriée et par conséquent efficace : ainsi, pour les tics, ce n'est que depuis qu'on connaît leur origine psychopathique qu'on sait aussi les soigner et les guérir ; c'est encore que la rééducation n'est, il faut le reconnaître, qu'un traitement symptomatique et que c'est à défaut de traitement causal qu'on a dû, en bien des cas, se contenter de remédier aux effets de lésions définitives ; enfin, la rééducation a dû préciser et éprouver ses procédés, les approprier aux divers cas, en déterminer les indications et montrer leur efficacité avant de pouvoir prendre rang comme méthode de traitement, or un pareil résultat n'a pas été obtenu sans efforts.

On pourrait bien remarquer que de tout temps l'effort spontané de la nature a favorisé cette susceptibilité de reconstitution des fonctions motrices : c'est ce qui arrive chez les hémiplégiques, par exemple, lorsqu'ils recouvrent partiellement leurs mouvements ; les médecins ont souvent aidé ce travail de réparation en provoquant les mouvements volontaires, mais, s'ils faisaient ainsi jusqu'à un certain

point de la rééducation, c'était inconsciemment. En Suède et aussi en Allemagne et en France, les auteurs qui se sont occupés de thérapeutique par le mouvement régularisèrent quelque peu ces tentatives, et s'ils cherchaient à atteindre surtout l'organe musculaire, leurs écrits montrent que néanmoins ils ne se désintéressaient pas complètement de la fonction, qu'en prescrivant à leurs malades les mouvements volontaires, la gymnastique ou la mécanothérapie, eux qui connaissaient bien l'éducation physique, avaient confusément pressenti les idées qui représentent aujourd'hui les principes de la rééducation. C'est à propos du tabes qu'elles commencèrent à se préciser : en présence, en effet, de l'ataxie, de ce syndrome séparé par Duchenne de Boulogne et Romberg du groupe des paralysies, caractérisé par l'incoordination et non par la perte des contractions musculaires volontaires, plusieurs auteurs avaient essayé de discipliner ces contractions anormales afin d'en rétablir l'harmonie, mais tous ces essais étaient encore empiriques. Au contraire, dans ces dernières années, les principes mêmes de la rééducation ont été nettement établis, ses indications et ses procédés se sont précisés, en sorte qu'elle a pu prendre place parmi les méthodes régulières de la thérapeutique : cette période est marquée par l'influence française.

Le professeur Raymond, en effet, après avoir constaté les premiers succès dus à cette méthode, comprit de bonne heure combien pouvait devenir vaste le champ d'action nouvellement découvert ; il montra la voie à ses élèves, formula les notions essentielles qui constituent la base de la rééducation, il créa le mot même de rééducation, lequel remplaça les appellations vagues dont on s'était servi jusqu'alors ; il commença de faire appliquer ce mode de traitement, non pas seulement à l'ataxie des tabétiques, mais encore à différents autres syndromes moteurs ; enfin, après avoir ouvert ce nouveau chapitre de la thérapeutique par l'exercice, il en écrivit lui-même les premières pages. Plusieurs de ses élèves, M. Faure, Riche et nous-même, l'ont suivi dans la voie indiquée, publiant divers travaux sur ce sujet. Depuis lors, l'idée de rééducation s'est encore étendue par les applications qui en ont été faites aux troubles d'origine psychique (Raymond et Janet) ; le professeur Brissaud nous a appris à traiter les tics suivant la méthode qu'ont exposée ses élèves

Meige et Feindel ; à la clinique Charcot, les procédés de rééducation sont maintenant systématiquement mis en pratique dans le service dont M. Raymond a bien voulu depuis plusieurs années nous confier la direction. Aujourd'hui la question est assez avancée pour qu'il soit possible d'en présenter une vue d'ensemble.

Tout d'abord, les bases de la rééducation sont maintenant bien établies.

Etant donné que tous les mouvements coordonnés normaux n'ont été obtenus chez l'enfant ou l'adulte que par un travail d'éducation spéciale des éléments nerveux qui commandent aux contractions musculaires et en assurent l'harmonie, on peut concevoir que, dans les cas où une perturbation quelconque du système nerveux est venue dérégler ce mécanisme délicat, sans toutefois détruire complètement les éléments du système moteur neuro-musculaire, toutes les fois, notamment, que les contractions volontaires ne sont pas abolies, une éducation nouvelle des centres altérés peut rétablir l'équilibre de ces contractions et, par conséquent, les fonctions perdues ; l'expérience prouve que cet espoir est légitime, — tel est le premier principe de la rééducation motrice. Remarquons qu'il peut s'appliquer aussi bien aux centres supérieurs qui commandent le mouvement qu'aux centres inférieurs qui en règlent le mécanisme.

Il en est un second, qui étend notablement encore notre champ d'action : aucun mouvement n'est réalisé que grâce au concours simultané de plusieurs muscles, et parfois, quand l'un d'eux devient insuffisant, il en est d'autres qui peuvent compenser son action déficiente ; d'autre part, si les fonctions dépendant des centres nerveux moteurs présentent normalement des localisations constantes, cette spécialisation n'est pourtant pas absolue. Si, dans l'enfance, tous les individus sollicitent habituellement un même groupe de cellules centrales pour y développer une fonction déterminée, ce n'est pas qu'elles soient les seules susceptibles de l'acquérir : que ce centre nerveux vienne à être détruit, ou que ses connexions avec la périphérie soient interrompues, il sera encore possible d'attendre d'un autre groupe cellulaire ce que le premier n'est plus capable de donner. De même que certains muscles entre eux, de même aussi les neurones sont dans une assez large mesure capables de se suppléer mutuel-

lement : c'est pourquoi, même en cas de lésions nerveuses profondes, de destruction complète de certains éléments, il y a encore beaucoup à attendre de la rééducation. Les exemples de suppléances musculaires sont banaux, on en observe dans tous les cas où l'action de certains muscles est supprimée, soit temporairement, soit définitivement, et où néanmoins le membre tout entier continue de remplir les fonctions de préhension ou de locomotion, dont le type est alors seulement modifié. Les exemples de suppléances nerveuses ne sont pas rares non plus : nous savons maintenant que les malades aphasiques par destruction de la troisième frontale gauche apprennent à parler avec leur cerveau droit, que les agraphiques ou les sujets atteints de crampe des écrivains arrivent à écrire de la main gauche, c'est-à-dire, eux aussi, avec leur cerveau droit soumis à une éducation spéciale. Cette notion de suppléance est donc, elle aussi, de première importance en matière de rééducation motrice.

La rééducation, c'est-à-dire la méthode basée essentiellement sur ce double principe, pourrait alors être définie l'ensemble des procédés de thérapeutique par les mouvements méthodiques lesquels visent spécialement le rétablissement des fonctions, soit en corrigeant par un entraînement nouveau les anomalies de fonctionnement des éléments nerveux, soit en attribuant à d'autres organes les fonctions primitivement dévolues aux organes détruits.

C'est ainsi qu'il convient de comprendre la rééducation au sens strict de ce mot, et, ainsi entendue, elle est déjà applicable à un grand nombre de syndromes, tels que l'ataxie, les tics, les défauts de prononciation, l'aphasie, et d'une façon générale à tous les cas dans lesquels les contractions musculaires volontaires considérées isolément sont conservées et sensiblement normales, alors pourtant qu'elles se montrent irrégulières dans leurs associations et leur adaptation à une fonction déterminée.

Mais il était logique de chercher à faire bénéficier également des procédés de rééducation d'autres affections dans lesquelles non seulement les adaptations spéciales des contractions musculaires à une fonction donnée sont viciées, mais où ces contractions elles-mêmes sont très diminuées : ainsi en est-il dans les hémiplégies et les paraplégies. L'expérience, en effet, a montré que la répétition des mouvements

volontaires est un bon moyen d'activer les centres moteurs ou de les suppléer et de réveiller, tant au point de vue de la quantité que de la qualité, leurs fonctions perdues. Pourtant les conditions sont ici toutes différentes, puisqu'il s'agit de rétablir non plus seulement les adaptations fonctionnelles mais les mouvements eux-mêmes, et en même temps d'agir sur les lésions organiques des nerfs, des muscles et des articulations, aussi s'est-on gardé de supprimer l'emploi des autres méthodes utiles en pareils cas, massage, électricité, mobilisation passive. Si alors on dit qu'on fait aujourd'hui de la rééducation aux hémiplégiques et aux paraplégiques, si pour certains médecins le sens du mot de rééducation s'est étendu jusqu'à résumer tous les moyens de thérapeutique par le mouvement propre à rétablir les fonctions motrices altérées ou abolies, encore faut-il ne pas se faire illusion sur la valeur des termes ; si on veut adopter cette dernière définition peut-être un peu trop large, on ne doit pas perdre de vue le sens primitif et plus exact du mot rééducation, ni confondre celle-ci avec le massage, la gymnastique médicale ou la mécanothérapie, lesquels peuvent bien en certains cas lui être associés, mais restent des méthodes distinctes dont chacune conserve ses principes, ses procédés et ses indications propres.

L'époque est donc aujourd'hui passée à laquelle le mot de rééducation désignait seulement les tentatives hésitantes faites dans le but de corriger l'ataxie tabétique, ce même mot doit, comme nous l'avons montré, s'appliquer désormais à une méthode générale ; mais la rééducation, pour être opposée avec succès à des affections très différentes entre elles, devra approprier ses manœuvres et ses exercices spécialement à chacune d'elles, et elle n'y réussira que si l'on a au préalable déterminé d'abord de quels éléments sont constitués les troubles moteurs correspondants à chaque cas particulier, et, dans la mesure du possible, quelle en est la pathogénie : alors seulement on pourra décider si, dans l'espèce considérée, la rééducation trouve ses indications, parmi ses procédés quels sont ceux qu'il faut choisir, et avec quelles chances de succès. Nous ne nous étendrons pas sur cette question de diagnostic, car elle nous conduirait à passer en revue toute la pathologie des mouvements ; pourtant il est indispensable de rappeler les

principaux facteurs des troubles moteurs, d'indiquer sur quels points portera en pareil cas l'examen du malade, et quels sont ceux qui comportent des conclusions pratiques au point de vue de la rééducation.

Exécuter un mouvement coordonné volontaire, c'est déplacer par un mouvement régulier dans un sens et une mesure appropriés au but à atteindre les leviers osseux constituant l'armature des membres ou du tronc. Ces déplacements sont déterminés par l'action de ressorts représentés par les muscles : ceux-ci doivent donc jouir de leurs propriétés normales d'élasticité et de contractilité, mais, même en ce cas, ils n'ont pas par eux-mêmes d'initiative propre et ne font qu'obéir passivement aux ordres qui leur sont donnés par les centres nerveux et transmis par les nerfs. Enfin, la sensibilité sous ses divers modes influence à tout instant les centres nerveux et les muscles, et assure d'autre part le contrôle des mouvements exécutés.

Des lésions des os, nous ne dirons rien, car elles n'ont rien à faire avec la rééducation ; il en est à peu près de même pour les articulations, bien qu'on puisse faire remarquer que les attitudes et les fonctions articulaires ne sont jamais indépendantes des muscles, car ceux-ci sont les vrais moyens de contention actif des articulations. Pour le muscle, la question essentielle au point de vue qui nous intéresse est de savoir, en cas de troubles fonctionnels, s'il y a altération de la fibre elle-même, ce qu'indique l'examen électrique, et alors la rééducation est impuissante. La fibre musculaire étant supposée intacte, on tiendra le plus grand compte de l'état du tonus musculaire, puisque toute anomalie dans la répartition de ce tonus modifie forcément les attitudes et altère les mouvements ; d'autre part, sachant que le tonus musculaire n'est que l'expression du tonus nerveux et que ce dernier est une résultante complexe d'actions diverses, la question se posera, souvent difficile à résoudre, de savoir par quel mécanisme le tonus est altéré. Enfin, on devra examiner comment se fait la contraction volontaire, si elle n'est pas retardée, ou brusque, ou irrégulière dans sa forme.

Après ces diverses recherches, on ne connaît encore que le fonctionnement de chaque muscle envisagé individuellement, et ces notions, il est vrai, sont déjà intéressantes, car

elles comportent dans la correction des troubles moteurs des conséquences pratiques importantes, mais il reste alors à étudier les mouvements à proprement parler et notamment la coordination motrice dont il n'a pas jusqu'ici été question. Or, jamais un muscle n'entre en action isolément, tout mouvement, si simple qu'il paraisse, exige le concours simultané de plusieurs muscles : c'est ce que Duchenne de Boulogne exprimait en disant : « Les contractions musculaires isolées ne sont pas dans la nature. »

On a pu distinguer parmi les mouvements coordonnés deux sortes de coordinations: la coordination involontaire et la coordination volontaire, ou, comme les a appelées en termes plus clairs Mr. Raymond, les associations et les coordinations motrices. Nous rappellerons que les premières, concernant des mouvements simples, tels que les flexions ou les extensions des articulations, assurant aussi le jeu des antagonistes, paraissent préétablies puisqu'on les retrouve même chez le jeune enfant; les secondes, au contraire, se rapportant aux mouvements plus complexes ou à l'adaptation des premières à un but déterminé, ne sont obtenues que par l'exercice conscient; enfin le mécanisme des unes et des autres n'est pas le même, elles n'exigent pas l'intervention des mêmes neurones. Les mouvements simples, tels que ceux du nouveau-né serrant les objets qu'il rencontre, sont bien réalisés par l'action combinée de plusieurs muscles; ils ne représentent néanmoins encore que des réflexes dont le centre est dans la moelle. Plus tard, au contraire, l'enfant apprendra à exécuter volontairement les mouvements simples, à les mesurer et à les associer entre eux pour les approprier à un but déterminé; c'est alors l'influence corticale qui en fera des mouvements coordonnés, quitte à se désintéresser de leur exécution quand l'habitude les aura rendus automatiques. Selon que les mouvements simples, les associations motrices, seront altérés ou que leurs adaptations fonctionnelles seules seront perdues, le problème de la rééducation ne se présentera pas dans les mêmes conditions: dans le premier cas, les neurones inférieurs sont en jeu : dans le second, c'est l'action des centres supérieurs qui est altérée ou perdue, et si l'exercice peut dans l'un comme dans l'autre cas se montrer efficace, la tâche sera pourtant différente. C'est là une première

distinction importante à établir, mais ce n'est pas la seule.

Bien que nous ne connaissions pas tout le mécanisme nerveux de la coordination motrice, quoique certains points soient en discussion, nous en savons néanmoins assez pour que l'analyse des anomalies observées permette bien souvent d'en reconnaître la cause : pour comprendre la physiologie pathologique des mouvements, nous n'ignorons pas qu'il faut tenir compte de l'action d'un grand nombre de centres, médullaires, bulbo-protubérantiels, cérébelleux et cérébraux, dont nous commençons à entrevoir le rôle.

Or, ce long travail d'analyse des diverses anomalies des mouvements ne saurait être fait avec trop d'exactitude pour chacun des cas dans lesquels se pose la question de la rééducation, et cela afin d'en saisir les indications et de ne pas l'entreprendre chez des malades qui n'en peuvent pas bénéficier. Non seulement lorsque la fibre musculaire elle-même est malade il n'y a rien à en attendre, mais il faut encore y renoncer si, en dehors même des atrophies vraies, l'amaigrissement local est tel qu'il existe de vraies cachexies plus ou moins circonscrites, ou encore si les destructions nerveuses sont trop profondes. Il est bien évident que la rééducation, comme toute autre méthode, a des limites d'action : en général, il est vrai, les médecins se sont plutôt tenus jusqu'ici en deçà de ces limites, pourtant nous avons vu aussi discuter l'opportunité de la rééducation dans des cas où un examen attentif aurait dû en écarter absolument l'idée.

Mais ce même travail d'analyse n'est pas moins indispensable pour choisir les procédés de rééducation auxquels il convient d'avoir recours. C'est lui encore qui établira le pronostic : nous savons par exemple que l'hypotonie se corrige moins facilement que l'ataxie et les troubles d'origine cérébelleuse moins facilement que ceux d'origine cérébrale.

Si on prend la peine de passer ainsi soigneusement en revue les divers facteurs des anomalies des mouvements pour toutes les affections justiciables de la rééducation, on est frappé par trois observations importantes :

1° Le même mot d'incoordination, souvent employé pour désigner tous ces états, correspond à des syndromes très différents, ainsi l'incoordination du tabes et celle de la

maladie de Friedreich ne se ressemblent que d'assez loin. Il y a en réalité des états d'incoordination qui n'ont guère de commun entre eux que ce nom. Sans doute on commence à en distinguer quelques-uns, on ne confond plus notamment l'asynergie (Babinski) et l'ataxie, mais il n'est pas douteux que les distinctions devront se multiplier à mesure qu'on connaîtra mieux leurs éléments constituants et leur pathogénie : la thérapeutique les fait pressentir, puisqu'elle se montre très inégalement efficace suivant les cas.

2° Le même mot d'incoordination est encore insuffisant à un autre point de vue : il semble en effet, d'après sa signification étymologique, indiquer que, dans les maladies dont nous nous occupons, il y a seulement défaut d'adaptation réciproque d'éléments individuellement normaux. Il donnerait par exemple à entendre que, chez les ataxiques, la fonction de chaque muscle est intacte et que l'ataxie ne provient que du défaut d'association opportune de leurs diverses contractions. En réalité, il n'en est rien : dans l'ataxie tabétique comme dans beaucoup d'autres syndromes moteurs, chaque muscle envisagé individuellement se montre altéré dans sa fonction, et il ne faut pas négliger de reconstituer chaque unité en même temps qu'on s'efforce de les grouper pour rétablir les mouvements coordonnés normaux.

3° La rééducation se propose, nous l'avons dit, la reconstitution de la fonction motrice. Parfois, en effet, la fonction seule est troublée, mais, dans bien d'autres cas, les organes eux-mêmes sont lésés et doivent en même temps être eux-mêmes traités par des procédés indépendants de la rééducation.

C'est pour cette raison que, si on veut traiter avec succès la plupart des troubles de la motilité, il faut pouvoir suivant les cas associer à la rééducation proprement dite les autres méthodes de thérapeutique physique, lesquelles se complètent alors en se prêtant leur aide réciproque. De même encore, c'est parce qu'il y a des syndromes différents d'incoordination, que la rééducation a dû varier ses procédés pour les approprier à chacun des symptômes qu'elle a à combattre.

Il serait intéressant maintenant de chercher à comprendre le mode d'action de la rééducation motrice, et cela, non

seulement au point de vue théorique, mais encore pour la pratique, afin de pouvoir favoriser à propos les processus naturels : plusieurs opinions ont été mises en avant qui n'ont pas toutes le même intérêt. Nous les rappellerons pourtant, car il n'est pas douteux que la question est complexe.

Tout d'abord, on peut se demander quelle est la part de l'influence psychique dans la physiologie de la rééducation, mais ici il faut établir des distinctions. Il faudrait n'avoir jamais été témoin d'une cure de rééducation bien faite pour admettre que celle-ci n'agit que par suggestion. Outre que l'on a des succès chez les malades les moins accessibles à la suggestion, lorsqu'on assiste à des progrès lents mais réguliers, lorsqu'on voit se modifier des symptômes tout à fait indépendants de l'influence psychique, quand on constate que ces mêmes troubles s'améliorent en raison de l'attention et de la régularité des efforts dépensés, lorsqu'enfin on s'est assuré que les succès sont bien en rapport avec les techniques spéciales employées, l'idée de suggestion devient une explication inadmissible. Toute différente de la suggestion, c'est-à-dire de la substitution de la volonté du médecin à celle du malade, est la rééducation en cas de troubles moteurs d'origine corticale, chez les tiqueurs par exemple, puisqu'ici c'est la volonté du malade qu'on s'efforce de fortifier et de régulariser.

Si l'influence psychique intervient dans d'autres conditions, ce n'est qu'en faisant disparaître peu à peu l'appréhension qui se manifeste chez tout sujet, sain ou malade, lorsqu'il s'agit pour lui d'exécuter un mouvement difficile ou de réaliser un équilibre dangereux, mais c'est là un phénomène tout à fait banal, et, quand un homme bien portant peut s'habituer à côtoyer un précipice, il ne suffit pas de faire appel à la volonté pour qu'un ataxique recommence à marcher.

Ce qui est plus vrai, c'est que bien souvent, dans les paralysies notamment, les troubles fonctionnels dépassent en étendue les régions directement intéressées par les lésions ; il se produit alors une sorte d'inhibition de voisinage portant sur des muscles dont les fonctions sont susceptibles d'un rétablissement complet, mais, comme ce retour n'est possible que par l'exercice, c'est déjà de la rééducation.

On a pu invoquer aussi l'effort spontané de la nature : c'est en effet une loi générale que les organes vivants tendent à réagir contre les conditions défavorables qui leur sont imposées. Mais cette réaction est d'autant plus marquée que la cause de déchéance est moins prolongée et, d'autre part, elle se fait toujours par l'intermédiaire du système nerveux, or il s'agit en cas de troubles moteurs d'affections essentiellement chroniques et elles-mêmes d'origine nerveuse, aussi ne saurait-on compter alors sur les réactions spontanées, et, en fait, les troubles de la coordination ne se corrigent pas seuls.

Par le mot de compensation, on désigne le phénomène par lequel un organe se modifie à mesure qu'il doit accomplir un travail plus considérable : il en est ainsi des parois cardiaques lorsque la pression vasculaire augmente. Or, on voit bien aussi les fibres restées saines dans un muscle se développer lorsque d'autres ont été détruites. Mais cette compensation ne peut rétablir que la quantité et non la qualité du travail effectué.

La possibilité des suppléances organiques est déjà plus intéressante : en ce qui concerne les muscles, elle est souvent mise à profit, car s'il est vrai qu'il n'existe pas deux muscles ayant les mêmes fonctions, certains ont cependant des actions telles qu'ils peuvent se remplacer utilement. Au cours de la rééducation, on peut être amené à modifier le type des mouvements normaux, mais ce n'est là qu'un moyen accessoire et non une méthode générale.

Quant à l'éducation proprement dite, c'est-à-dire aux fonctions nouvelles que crée l'habitude, elle ne s'applique guère directement aux muscles, puisque leurs contractions sont réglées par le système nerveux et que c'est l'action de ce dernier qu'il faut rapprocher de la normale.

Toutes les influences que nous venons de passer en revue sont donc insuffisantes pour expliquer le mode d'action de la rééducation. Sans doute, il ne faut pas les ignorer, car elles peuvent être utilisées parfois à titre accessoire, mais c'est toujours aux modifications fonctionnelles du système nerveux qu'il faut revenir et notamment à ces deux propriétés que nous avons données comme les principes mêmes de la rééducation motrice : la faculté qu'ont les éléments nerveux de régénérer leurs fonctions compromises : la possi-

bilité de voir certains centres acquérir des fonctions normalement dévolues à d'autres cellules.

Ce n'est pas tout encore de connaître les principes généraux de la rééducation motrice, la physiologie pathologique des mouvements, les nombreuses anomalies qu'ils peuvent présenter, les moyens qu'il convient d'opposer à chacun d'eux et leur mode d'action, il faut encore que le rééducateur n'ignore rien de la mécanique normale des mouvements qu'il veut rétablir : il lui faut connaître exactement les effets de chaque contraction musculaire, le mécanisme de tous les mouvements, les actions toniques des muscles, l'harmonie des antagonistes, le rôle de la pesanteur dans les diverses altitudes, enfin il doit s'être livré à une étude complète des grandes fonctions motrices.

Prenons-nous comme exemple la Station et la Locomotion ? Comment pourrait-il apprendre à un malade à marcher, s'il n'était familier avec les conditions de l'équilibre, le centre de gravité du corps humain et de ses divers segments, les aplombs de chacun d'eux au-dessus du segment sous-jacent, s'il ignorait les divers types de la marche afin de tirer le meilleur parti possible des ressources de chaque sujet?

Enfin il n'est pas inutile de rappeler qu'en matière de rééducation, comme toutes les fois qu'il s'agit de thérapeutique, les connaissances générales ne valent que par les applications qu'on en peut faire à chaque cas particulier, il ne peut pas exister de série immuable d'exercices applicables à tous les malades atteints d'une même affection. Pour diriger utilement le traitement, il faut, après le diagnostic établi, déterminer de façon précise la nature des troubles observés, leurs localisations, leur degré pour chaque groupe musculaire : c'est alors seulement qu'on pourra prévoir ce qu'il est possible d'attendre de ces muscles et quels exercices de rééducation leur conviennent ; encore devra-t-on en surveiller de près les effets, les modifier suivant les changements que l'on observera, et saisir au jour le jour les diverses indications qui se présenteront. On n'oubliera pas non plus de tenir grand compte des symptômes observés concurremment avec les troubles moteurs, des troubles sensitifs par exemple, de l'état des forces, de l'intelligence et de la bonne volonté du sujet. Rééduquer un malade, c'est

faire une œuvre essentiellement clinique et par conséquent variable avec chaque cas particulier, pour laquelle le succès ne dépend pas moins des qualités du médecin que des symptômes qu'il a à combattre. C'est pourquoi nous estimons que la rééducation ne peut être menée à bien que par un médecin et non par des auxiliaires, par un médecin ayant l'habitude des maladies nerveuses et connaissant les difficultés de la clinique, par un spécialiste familier avec la thérapeutique par les exercices méthodiques.

Il nous resterait pour terminer à indiquer pour quelles affections on peut employer la rééducation motrice. Pour cela le plan naturel consisterait à rapprocher celles qui se présentent dans les mêmes conditions, à grouper entre eux par exemple les troubles d'origine psychopathique ou cérébrale, les troubles d'origine cérébelleuse et ceux d'origine médullaire, mais, outre qu'une pareille manière de procéder nous entraînerait à de longs développements en nous forçant à analyser tous les troubles des mouvements et à discuter la pathogénie de chacun, elle supposerait à tort que l'état actuel de nos connaissances ne nous laisse rien ignorer de leur genèse, enfin il faudrait admettre presque autant de variétés que de maladies, aussi nous contenterons-nous d'énumérer en les classant d'après la fonction intéressée les affections dans lesquelles la rééducation motrice trouve ses indications. Nous ferons remarquer que pour chacune d'elles son étude devrait être reprise à part.

1° **Station et locomotion** (mouvements des membres inférieurs et du tronc) : chez les tabétiques, les hémiplégiques, les paraplégiques, dans la maladie de Parkinson, l'astasie-abasie, la maladie de Friedreich, les affections cérébelleuses (?), la sclérose en plaques (?).

2° **Mouvements des membres supérieurs** (préhension, écriture, etc.) : dans le tabes, l'hémiplégie, la maladie de Parkinson, les chorées, les crampes professionnelles.

3° **Troubles de la phonation**.

a). Troubles fonctionnels : bégaiement et autres défauts de prononciation.

b). Troubles d'origine organique : dysarthries, aphasies.

4° **Mouvements de la face et du cou**.

Chez les tiqueurs, chez les choréiques, dans le torticolis mental.

5° **Mouvements des globes oculaires.**
Dans le strabisme (méthode de Javal).

6° **Mouvements respiratoires.**
a). Troubles fonctionnels ; chez les tiqueurs, les bègues.
b). Troubles d'origine organique : chez les cardiaques, les emphysémateux, les tuberculeux.

7° **Mouvements du cœur** (Lagrange — *Revue de Médecine*, 1900).

8° C'est encore par les exercices de rééducation appliqués aux muscles des parois abdominales que l'on réussit parfois à améliorer les fonctions vésicales (en cas d'hypotonie de la paroi abdominale) ou intestinales (Froussard).

Ajoutons enfin que dans certains cas, chez les ataxiques en particulier, la rééducation de la sensibilité est importante pour le rétablissement des fonctions motrices.

Si la rééducation a pu ouvrir devant elle un champ d'action aussi vaste, si d'autre part elle repose sur des bases à la fois certaines et bien connues, on voit combien nous sommes loin maintenant de ces deux opinions contre lesquelles nous nous élevions au début de ce travail, à savoir que la rééducation consiste en une vague gymnastique destinée à rétablir empiriquement les fonctions motrices compromises, ou encore qu'elle ne représente que le traitement correctif de l'ataxie des tabétiques. Ces deux opinions, nous espérons en avoir fait justice et nous estimons qu'on peut considérer comme bien établies désormais les propositions suivantes :

1° La rééducation organique est une méthode générale de traitement basée sur les idées de réparation et de suppléance fonctionnelles.

2° La rééducation motrice représente une des applications les plus larges de la méthode de rééducation en général. Elle intéresse particulièrement la pathologie nerveuse.

3° La rééducation motrice résume l'ensemble des procédés qui visent spécialement le rétablissement de la *fonction* motrice.

4° Il est parfois utile de l'associer à d'autres méthodes lesquelles se proposent la reconstitution de l'organe lui-même, mais ces méthodes demeurent indépendantes et ne

rentrent pas directement dans la conception de la rééducation.

5° Si les indications de la rééducation sont très vastes, ses applications doivent être très précises. Elle met en œuvre des procédés variés, mais ceux-ci, pour se montrer efficaces, doivent être adaptés aux besoins de la clinique, aux symptômes et aux localisations de ces symptômes propres non seulement à chaque maladie, mais à chaque malade pris en particulier.

II. La rééducation des ataxiques.

Après avoir jusqu'ici parlé de la rééducation motrice en général et de ses nombreuses applications, nous allons maintenant traiter d'une seule d'entre elles, de ce qui concerne le traitement de l'ataxie tabétique et en particulier les fonctions de locomotion : c'est dans ce sens restreint que nous nous servirons désormais du mot de rééducation. Nous avons choisi cet exemple parce qu'en raison de la fréquence du tabes il intéresse tous les médecins et un groupe important de malades, et aussi parce qu'il représente un des chapitres aujourd'hui bien connus de la question.

La rééducation des ataxiques n'est plus maintenant une méthode nouvelle, elle a un passé qu'il est juste de ne pas oublier, car les premières tentatives qu'il rappelle étaient déjà intéressantes, et elles ont marqué le point de départ des travaux actuels.

On trouve de maints côtés des origines à la rééducation. Les élèves de Charcot se souviennent de l'avoir vu faisant, dans un but non seulement d'étude, mais aussi de thérapeutique, répéter et décomposer leurs mouvements aux ataxiques de son service et tâchant de les régulariser. Les Allemands font remonter les premiers essais de *traitement compensatoire* entrepris par le professeur Leyden à une époque bien antérieure à ses premières publications. Dans les gymnases suédois, les ataxiques étaient depuis longtemps soumis, comme nombre d'autres malades, à des exercices systématiques. Dans les établissements fréquentés par ces malades, à Lamalou notamment, on avait même imaginé des moyens d'appui pour leur permettre une sorte d'entraînement. Au Congrès de Moscou (1896) le professeur Zabludowski a réclamé la priorité dans ce genre de traitement.

Enfin plusieurs auteurs considèrent Mortimer Granville comme l'initiateur de la méthode.

Nous ne discuterons pas le bien fondé de certaines de ces revendications contre lesquelles on a pu élever des protestations; ce n'étaient là, en tout cas, que des tentatives isolées et dont le succès avait sans doute été modeste si on en juge par le peu de retentissement qu'elles avaient eu.

C'est à un médecin suisse, le Dr Frenkel. que revient le mérite de s'être attaché spécialement à cette étude et d'avoir, le premier, obtenu des résultats importants. Après les avoir mentionnés dans une première communication, après quelques autres publications relatives à sa technique, il fit à Moscou une seconde communication plus remarquée du public médical. Entre temps il s'était efforcé de faire connaître sa méthode à l'étranger et en France et déjà quelques applications du *traitement mécanique de l'ataxie* (Hirschberg) avaient été faites à Paris non sans succès, lorsque Frenkel vint lui-même à la Salpêtrière, désireux de soumettre au contrôle officiel des neurologistes français les effets de ce traitement. M. Raymond, depuis longtemps convaincu de l'importance des thérapeutiques physiques en neuropathologie, l'accueillit avec bienveillance, et, après avoir observé des améliorations manifestes obtenues chez plusieurs malades, consacra deux de ses leçons cliniques à l'exposé de la nouvelle méthode dont il étudiait le mode d'action et les indications. L'autorité de notre maître lui donnait désormais son rang parmi les thérapeutiques régulières, la classant comme méthode de rééducation.

Sans doute les exercices de Frenkel ne constituaient encore qu'une méthode imparfaite, plus empirique que scientifique, incomplète et trop uniforme, ses résultats se montraient encore inégaux; pourtant elle a marqué un sérieux progrès et a compté à son actif d'importantes améliorations. Frenkel a pu le premier formuler cette idée que l'ataxie régulièrement traitée n'est pas incurable.

L'étude du traitement correctif de l'ataxie ne devait pas tarder à être reprise et poussée plus à fond ; en Allemagne, il convient de citer à ce propos Goldscheider et Jacob, en France les travaux de l'école de la Salpêtrière inspirés par M. le professeur Raymond ; après les leçons de M. Raymond, M. Faure fait paraître divers travaux sur la

rééducation, puis viennent les thèses de Leclerc et de Riche, enfin nous-même à la clinique Charcot, nous sommes particulièrement consacré depuis plusieurs années à cette question dont nous voulons exposer l'état actuel.

Le temps n'est plus où le traitement de l'ataxie se réduisait aux exercices monotones d'une gymnastique très générale et indistinctement appliquée à tous les malades suivant une même progression. Si on relit les premières publications parues sur ce sujet, on est frappé, quelque justice qu'il convienne de rendre aux efforts du début, par les imperfections non seulement de la pratique mais de la conduite même du traitement. Naguère encore les exercices de rééducation étaient divisés en deux groupes :

Exercices de rééducation des membres supérieurs, imaginés pour rétablir les divers mouvements des mains.

Exercices de rééducation des membres inférieurs, ceux-ci représentant toute la rééducation de la locomotion ; et encore, si on analyse ces derniers, on constate que leur variété était tout apparente, puisqu'ils ne concernaient que les muscles des jambes et quelques muscles des cuisses ; ainsi se trahissait chez les auteurs, cette illusion capitale que l'incoordination de ces muscles existe seule ou du moins est seule responsable des troubles de la marche, comme si la station et surtout la locomotion étaient possibles, sans le concours des muscles postérieurs de la cuisse, de ceux de la ceinture pelvienne et du tronc. Sans doute aucun neurologiste ne peut ignorer l'existence de l'incoordination du tronc, mais sa fréquence était méconnue ; au contraire nous pouvons dire aujourd'hui que toutes les fois qu'il existe des troubles de l'équilibre, la statique et les mouvements du tronc sont anormaux, et qu'un médecin qui ne disposerait d'aucun moyen d'action sur la musculature du rachis, des lombes, de l'abdomen et du bassin, ne pourrait pas prétendre faire de la rééducation de la marche ; parmi les exercices indiqués, on aurait pu mentionner plusieurs erreurs de physiologie ; parmi les appareils employés, certains n'étaient pas sans danger. Nous avons dû aussi apprendre à tenir mieux compte des divers éléments constituants de l'ataxie, à accueillir plusieurs procédés accessoires tels que les mouvements d'opposition douce, indispensables pour la réalisation de certains efforts volon-

taires, à analyser le mécanisme de la marche afin de prescrire des exercices vraiment conformes à la physiologie, enfin une erreur grave des premiers rééducateurs venait certainement de l'uniformité avec laquelle étaient prescrits les exercices thérapeutiques, comme si la symptomatologie de l'ataxie n'était pas infiniment variée pour qui l'examine de près, comme si les troubles de la marche, les localisations de l'incoordination, de l'hypotonie, des anesthésies étaient toujours les mêmes et aboutissaient aux mêmes anomalies de mouvements : c'est pourtant une règle sans exceptions que la thérapeutique doit s'approprier aux besoins de chaque malade, cette règle, il a fallu néanmoins la rappeler dans le cas présent.

Nous venons de mentionner quelques-uns des points sur lesquels s'est aujourd'hui modifiée la technique de la rééducation appliquée aux ataxiques ; ces progrès suffiraient à justifier l'exposé de ses procédés actuels. Sans traiter à fond ce vaste sujet, nous allons maintenant indiquer la manière générale de comprendre et de diriger le traitement.

Pour entreprendre de lutter utilement contre l'ataxie d'un tabétique, il faut connaître :

1° L'anatomie normale et la physiologie de tous les éléments du système moteur.

2° Les divers facteurs d'anomalies des mouvements dont l'ensemble constitue l'ataxie, leur pathogénie, leurs conséquences mécaniques, leurs localisations chez un malade donné.

3° Les procédés qu'on peut opposer à chacun d'eux et les moyens de les mettre en pratique pour chaque groupe musculaire.

4° La physiologie normale de la marche, c'est-à-dire de la fonction qu'on veut rétablir.

5° Enfin il faut savoir quand on peut appliquer, comment il convient de régler et d'exécuter le traitement rééducateur.

De l'anatomie et de la physiologie normales, nous ne dirons rien, si ce n'est qu'il est inutile, à moins de les connaître parfaitement, de chercher à corriger les fonctions motrices altérées.

L'étude de l'incoordination au cours du tabes mériterait au contraire de nous arrêter longuement. Cette question

fera en effet l'objet de travaux ultérieurs, mais rappelons du moins ou signalons quelques-uns des symptômes qui comportent des conséquences pratiques intéressantes.

Certains des caractères du muscle tabétique sont bien connus quant à leur existence, mais leurs conséquences au point de vue moteur méritent d'être précisées. La diminution habituelle du volume des muscles a été depuis longtemps constatée, mais c'est à tort qu'on la désigne toujours sous le nom d'atrophie, si du moins on donne à ce mot un sens précis. L'atrophie vraie, avec altération histologique de la fibre musculaire et modification des réactions électriques, peut s'observer, mais à titre de complication au cours du tabes; le plus souvent, on n'a affaire qu'à de l'amaigrissement des muscles avec intégrité de la fibre elle-même. Ces notions sont d'ailleurs bien établies et nous n'avons plus à nous demander quelle part revient au système nerveux et quelle part aux muscles dans la genèse de troubles moteurs des ataxiques, mais encore faut-il ne pas les oublier pour la thérapeutique ; l'exercice méthodique et prudent, inutile en cas d'atrophie vraie, est au contraire tout indiqué contre l'amaigrissement musculaire des tabétiques. De plus, autant il serait logique de chercher à agir directement sur le muscle lui-même par l'électricité ou par le massage en cas d'atrophie vraie, autant ces moyens deviennent insuffisants chez les ataxiques chez qui la fibre musculaire n'est pas altérée et ne saurait être rendue responsable des incorrections des mouvements : ces moyens pourront, dans certaines circonstances, trouver leurs indications à titre accessoire, ils pourront ranimer la nutrition de muscles cachectisés, mais c'est tout ce qu'il leur faut demander : jamais ils n'aideront à rétablir le type normal de la contraction volontaire et de la coordination. Celle-ci est fonction du système nerveux et ne peut se reconstituer que par la réparation des éléments nerveux ou, à défaut, par leur rééducation.

L'état de relâchement des muscles, habituel chez les tabétiques a été observé depuis longtemps : Duchenne de Boulogne l'a vu et décrit, depuis il a été étudié sous le nom d'hypotonie. L'hypotonie est en effet un symptôme des plus intéressants à notre point de vue ; il permet déjà de comprendre par des considérations d'ordre mécanique plusieurs

des irrégularités, des à-coup qui se produisent fatalement à l'occasion des mouvements, puisque les diverses pièces de la machine humaine ne sont plus ajustées entre elles. L'hypotonie rend compte encore de la plupart des déformations et attitudes vicieuses. De plus, sachant que le tonus musculaire n'est que la traduction du tonus nerveux et que ce dernier est influencé, entre autres causes, par les impressions sensitives et l'action cérébrale, nous pouvons dès maintenant comprendre que, pour diminuer l'hypotonie, nous pourrons d'une part, nous adresser aux moyens propres à réveiller la sensibilité et compter d'autre part sur l'action compensatrice des centres corticaux volontaires.

Si nous sommes jusqu'ici impuissants à rétablir les réflexes musculo-tendineux abolis, nous pouvons dans une large mesure diminuer l'amplitude et la fréquence des mouvements involontaires, enfin nous savons que la sensibilité musculaire est capable de suppléer la sensibilité articulaire toujours plus profondément touchée, que, sauf dans les cas graves, l'anesthésie musculaire avec ses diverses variétés est rarement absolue, que le sens musculaire est susceptible de s'améliorer par la rééducation et devient alors d'un grand secours pour le rétablissement de l'équilibre.

Après cette étude, déjà fertile en déductions pratiques, du muscle tabétique au repos, l'étude de sa contraction volontaire est plus instructive encore. Tout d'abord il existe des malades chez lesquels la contraction volontaire de certains muscles n'est pas possible, ces muscles sont paralysés. Les paralysies au cours du tabes sont bien connues et nous ne les ignorons pas, mais ici comme pour les atrophies, nous croyons qu'il ne faut admettre qu'à bon escient un semblable diagnostic ; il n'est pas rare de voir chez les tabétiques des groupes de muscles en apparence paralysés et dont l'exercice méthodique permet peu à peu aux malades de retrouver la contraction volontaire plus ou moins correcte. Mais, ce qui est de règle, c'est que la contraction volontaire de chaque muscle envisagé isolément se montre anormale dans sa forme. Nous n'insisterons pas ici sur les caractères de cette anomalie lesquels se rapprochent de ce que M. P. Richer a appelé type de *contraction balistique* pour les muscles normaux, remarquons seulement qu'ils sont peut-être plus accusés encore pendant la décontraction. Ce qui est impor-

tant au point de vue pratique, c'est que ces symptômes, ainsi d'ailleurs que tous ceux qui ont été énumérés jusqu'ici, sont indépendants de la coordination motrice puisqu'ils concernent les muscles isolés et non leurs associations fonctionnelles, d'où l'on peut conclure qu'avant de prétendre rétablir le groupement synergique des diverses actions musculaires, tout un premier chapitre du traitement des ataxiques doit être consacré à la rééducation de chaque unité musculaire ; autrement ce serait une tâche vaine que d'associer des éléments anormaux dans l'espoir de refaire un ensemble normal.

Le traitement de l'incoordination constituera la seconde partie de la rééducation. Ici encore, il faut savoir procéder méthodiquement, du simple au complexe. Nous avons déjà distingué les associations motrices de la coordination proprement dite, nous avons dit qu'elles ne sont pas naturellement réalisées par le même effort. Les premières correspondant aux mouvements simples, tels que la flexion ou l'extension d'une articulation, sont réalisées par la combinaison d'un petit nombre d'efforts musculaires, l'harmonie de ces derniers semble préétablie chez l'enfant et dépend sans doute des centres nerveux inférieurs ; au contraire, la coordination, c'est-à-dire la combinaison de plusieurs mouvements simples et leur adaptation à un but déterminé exige ou a exigé l'intervention des centres cérébraux conscients. Or, associations et coordinations sont également défectueuses dans l'ataxie : les premières devront donc être tout d'abord l'objet d'une thérapeutique spéciale. Si maintenant on se souvient qu'un mouvement simple n'est correct que quand certains muscles se contractent normalement, quand leurs antagonistes par une décontraction également régulière leur servent de régulateurs, quand enfin les groupes voisins s'opposent par leur action tonique à des déplacements intempestifs du segment de membre considéré, on comprend que le rétablissement des associations motrices avec tous leurs éléments exige déjà beaucoup d'efforts et la mise en œuvre de moyens variés et souvent ingénieux. Ce n'est qu'après ce résultat obtenu qu'on pourra corriger l'incoordination et compter sur l'exercice, l'habitude et l'entraînement pour voir reparaître plus ou moins complètement l'automatisme des mouvements fonctionnels.

Il est indispensable encore de procéder pour chaque malade en particulier à ce travail d'analyse des éléments de son incoordination et surtout d'en déterminer les localisations. Faut-il répéter que les troubles de la locomotion sont infiniment variés chez les tabétiques, parce que la répartition de l'hypotonie ou de l'ataxie, par exemple, n'est jamais rigoureusement la même ? Or le choix des exercices qui conviennent à chacun dépend de la connaissance précise des muscles intéressés.

Mais ce n'est pas tout, car, à côté de l'analyse, il faut aussi faire la synthèse des troubles observés, afin de comprendre les perturbations apportées dans la mécanique de chaque malade par les troubles divers qu'on aura constatés ; c'est même par cette étude qu'il convient souvent de commencer, on sait alors quels erreurs de statique on a à combattre, celles-ci sont expliquées par les éléments de l'incoordination et leurs localisations ; alors enfin on peut choisir les moyens rationnels d'y remédier. Avec un peu d'habitude cette compréhension de chaque malade se fait plus facilement, mais bien vite elle montre combien les descriptions classiques de la marche des ataxiques, même les mieux faites et les plus utiles en clinique pour le diagnostic de la maladie, sont insuffisantes pour la thérapeutique, combien en réalité sont variés les types de locomotion chez ces malades.

Enfin il n'est pas superflu de faire observer que pour rééduquer un ataxique il faut connaître exactement la physiologie normale de la fonction qu'on veut rétablir, celle de la marche par exemple, car trop souvent nous avons vu combien certaines des conditions essentielles de la statique et de la locomotion ont été jusqu'ici ignorées à propos de la rééducation. Nous avons déjà signalé l'importance du tronc à cet égard.

Nous avons essayé de montrer que l'ataxie des tabétiques, si on veut la décomposer en ses éléments, est un syndrome très complexe ; or, chacune de ces notions spéciales comporte dans l'application du traitement rééducateur des conclusions pratiques. A chaque symptôme, suivant sa nature et ses localisations, doivent correspondre des exercices appropriés. On comprendra qu'il ne nous soit pas possible de les énumérer et de les justifier un à un. De même que l'ataxie est faite de troubles élémentaires des contractions de

chaque muscle, de la dissociation de leurs contractions synergiques, et enfin, du défaut des mouvements nécessaires à l'équilibre et la locomotion de la machine humaine, de même aussi la rééducation de la marche comprendra des exercices de trois ordres, les uns, les plus simples, destinés à rétablir le type normal de la contraction musculaire individuelle, les seconds destinés à grouper ces contractions pour obtenir des mouvements à peu près réguliers, les troisièmes enfin associant entre eux ces mouvements pour satisfaire aux conditions de l'équilibre du corps humain au repos ou pendant la marche.

Les exercices du premier genre consisteront en mouvements essentiellement simples et correspondront directement à l'action de chaque muscle ou chaque groupe musculaire malade. Les seconds, plus variés, et d'abord simples puis progressivement compliqués, chercheront à rétablir, non pas, comme on semble l'avoir fait trop souvent, des coordinations quelconques et sans intérêt pratique, mais surtout les mouvements qui trouvent leur application dans la marche et notamment dans le type de marche que l'on propose au malade; les uns comme les autres, si monotones et fastidieux qu'ils paraissent, représentent, on le conçoit, toute la première partie du traitement, on ne saurait leur consacrer trop de temps et d'attention, puisque ce sont eux qui restaurent les fonctions partielles sans lesquelles les mouvements d'ensemble sont évidemment impossibles. Ce n'est pas assez de mettre debout un ataxique qui s'écroule sur lui-même en lui recommandant de tâcher de se tenir en équilibre, car le plus souvent il n'y réussit pas, et si cependant il y parvient enfin, après de nombreux essais, le médecin qui n'aurait pas fait davantage pour l'y aider, n'aurait guère le droit de s'attribuer aucune part dans ce succès. Si au contraire il lui a montré au préalable pourquoi et comment il tombe, s'il lui a appris comment il peut fixer ses épaules, déplacer son bassin, assurer l'équilibre des genoux, régler la position respective des jambes et des pieds, il sera alors possible dans la station debout de lui commander d'exécuter tel mouvement ou tel effort partiel qu'il sera capable de donner et de soutenir de façon à se conformer aux conditions de la mécanique du corps humain.

Les exercices de détails, les mouvements partiels sont

réglés au lit dans le décubitus, c'est-à-dire dans des conditions telles que toute l'attention du malade puisse être concentrée sur la seule région de son corps ou de ses membres qu'il est en train de rééduquer ; plus tard viennent les exercices de station et de marche. Il ne peut être question d'énumérer ici les multiples exercices que l'on a occasion de prescrire au cours d'un traitement de rééducation ; en premier lieu, cette énumération serait interminable, puisqu'il faudrait passer en revue tous les muscles et tous les mouvements, et expliquer la raison d'être de chaque exercice, mais de plus un pareil code de rééducation serait forcément faux et par conséquent dangereux, car il faut choisir et souvent imaginer les exercices qui conviennent à chaque malade en particulier. La compréhension exacte du trouble que l'on veut corriger et du mouvement que l'on veut restaurer est, au point de vue thérapeutique, la meilleure et la plus féconde des indications.

Nous ne décrirons pas davantage les divers appareils qui ont été inventés pour les exercices de rééducation, tous ne sont d'ailleurs pas à l'abri de la critique ; beaucoup n'ont plus qu'un intérêt historique. D'une façon générale on peut dire que ces appareils doivent être simples : les uns auront pour raison d'être de forcer le malade à exécuter un mouvement volontaire précis, ils rendront donc des services à condition de correspondre à des mouvements physiologiques. Dans un deuxième groupe on peut rapprocher les appareils qui offrent au malade un appui dans la marche ; l'emploi de ces derniers doit être plus discret puisque, si on s'en sert de façon permanente, ils vont à l'encontre du but proposé en remplaçant par un soutien artificiel un mouvement volontaire et en faisant par conséquent illusion sur la valeur du résultat obtenu.

Connaissant maintenant et les symptômes que l'on a à combattre et les moyens d'action qu'on peut leur opposer, on ne doit pas oublier que ce n'est pas une tâche aisée que la rééducation d'un ataxique. Elle exige un certain nombre de qualités pratiques de la part du médecin comme du malade : c'est une lutte minutieuse qu'ils entreprennent l'un et l'autre, pour laquelle ils doivent se montrer étroitement unis et accepter de dépenser tous deux beaucoup de temps et d'efforts. Il est à peine besoin de dire que l'un comme

l'autre doivent être armés de patience et capables d'une attention soutenue. Outre sa compétence technique, le maitre aura besoin de toute la confiance de son élève, et celui-ci n'ignorera pas que le traitement ne donnera chez lui tous ses heureux effets qu'autant que lui-même aidera son médecin par ses efforts, son intelligence et son assiduité : on pourrait dire justement que c'est le malade qui se traite et se guérit sous la direction de son médecin. Le contact journalier de l'un et l'autre est donc à souhaiter, et la meilleure façon de l'obtenir est de décider le malade à se consacrer entièrement à sa rééducation ; c'est pour se placer dans ces conditions que beaucoup s'isolent dans les instituts spéciaux ; loin de tout autre préoccupation, ils peuvent ainsi se soumettre à une surveillance de tous les instants, répéter plusieurs fois par jour sous un contrôle autorisé et sans pécher non plus par excès, les exercices qui leur sont indiqués : de plus l'influence du milieu, les rapports quotidiens avec les autres malades, l'exemple des progrès dont ils sont témoins chez ceux-ci provoquant leur émulation, et leur servant de démonstrations pratiques, constituent autant de conditions favorables au succès définitif.

Les indications positives de la rééducation chez les tabétiques se réduisent, selon nous, à une seule, l'existence de l'ataxie ; il est bien évident que la question de rééducation ne se pose pas en cas de tabes fruste ou de tabes bénin sans troubles moteurs, d'autre part, l'impotence ou seulement l'incapacité d'exercice d'une profession est une raison plus que suffisante pour décider un malade à corriger son incoordination. Ce qui est plus intéressant, c'est la connaissance des contre-indications, car avant d'entreprendre un traitement long et difficile, encore faut-il s'assurer qu'il ne peut pas être nuisible et qu'il doit au contraire être réellement utile à l'intéressé. De ces contre-indications les unes tiennent à l'état général, ce sont par exemple la cachexie du sujet, l'existence de troubles cardiaques ou une asthénie trop marquée, d'autres sont constituées par la coexistence de certains symptômes, arthropathies, fragilité osseuse, amaurose, troubles psychiques ou seulement défaut d'intelligence. Mais ce ne sont pas les seules, car étant donné un tabétique ataxique sans complications spéciales, il faut

encore déterminer quel est le moment opportun pour lui conseiller la rééducation. Depuis que nous savons mieux traiter le tabes, nous ne considérons plus cette maladie comme une affection à évolution fatalement progressive, nous sommes habitués à voir la majorité des tabes se fixer à une période quelconque et parfois de façon définitive, nous savons aussi que, quand la maladie évolue, c'est moins par une progression continue que par poussées successives. Or, ces notions sont ici de première importance. Quand un tabes est en voie d'évolution, quand on assiste à une poussée plus ou moins aiguë de l'affection, c'est celle-ci qu'il convient avant tout de traiter; non seulement à ce moment le symptôme ataxie passe au second plan, mais l'effort considérable que représente pour le malade le travail de rééducation pourrait même alors excéder ses forces et par suite n'être pas sans inconvénients; au contraire, quand un tabes est fixé, quand on assiste à une période d'accalmie, le moment est venu de regagner tout ou partie du terrain perdu et de réparer les désordres qui se sont constitués. Mais, même dans ces conditions, ce n'est pas toujours avec les mêmes chances de succès que l'on peut entreprendre la rééducation : lors des premières applications de la méthode, ce n'était pas une des moindres surprises des cliniciens que de constater l'inégalité des résultats obtenus : des progrès, tantôt considérables, tantôt insignifiants étaient réalisés sans que la gravité des cas parût les expliquer. Aujourd'hui, si cette question de pronostic est délicate, nous avons néanmoins des éléments d'appréciation : ceux-ci sont basés avant tout sur l'analyse des symptômes observés, leur nature, leurs localisations et leur intensité : nous savons que l'incoordination même très accentuée, que les mouvements les plus désordonnés se corrigent bien, alors que nous avons beaucoup moins de moyens d'action sur l'hypotonie. Il est vrai que lorsque l'hypotonie est circonscrite et se montre peu influencée par le traitement, l'orthopédie peut être d'un grand secours : nous disposons en effet, dès maintenant, d'appareils rendant des services importants et le nombre pourra s'en accroître, mais si l'hypotonie est à peu près généralisée, elle constituera un obstacle que nous ne pouvons pas toujours vaincre et qui commande une certaine réserve. On tiendra grand compte aussi des troubles de la

sensibilité et surtout de la sensibilité profonde. Enfin les localisations propres à ces différents symptômes seront, elles aussi, prises en grande considération : la participation si fréquente du tronc, par exemple, complique beaucoup les difficultés, tandis que, dans d'autres cas, l'impossibilité même absolue de la marche tient au défaut d'action d'un petit nombre seulement de groupes musculaires : quelques mouvements retrouvés suffisent alors à rétablir l'équilibre. Nous ne redirons pas quelles qualités il faut demander au malade, mais le dernier élément, essentiel, il est vrai, dont il faut tenir compte, c'est la compétence technique du médecin. Les cas où la rééducation n'a rien donné s'expliquent, à notre avis, par l'une des raisons suivantes : certaines contre-indications ont été méconnues, le tabes s'est aggravé, le malade est indocile ou inattentif, ou le rééducateur est au-dessous de sa tâche.

Toutes les conditions favorables étant supposées réunies, l'application pratique du traitement exige encore quelque habitude ; ce n'est pas chose indifférente que de soumettre à un travail d'entraînement physique un tabétique, c'est-à-dire un malade dont les forces sont toujours amoindries et à qui tout excès de fatigue serait nuisible. On commencera par régler la durée et la fréquence des séances de rééducation, celles-ci seront courtes au début et coupées elles-mêmes de plusieurs repos, mais leur durée n'a rien de fixe, elle peut varier avec chaque malade. Si la plupart des tabétiques se fatiguent rapidement, on sait aussi que, chez d'autres, cette sensation de fatigue est retardée, que certains la dissimuleraient volontiers, tellement est grand leur désir de guérir ; il ne faut donc pas s'en rapporter aux indications du malade et on tiendra compte plutôt des signes physiques capables de trahir la fatigue, c'est-à-dire de la respiration et surtout des caractères du pouls. Mais si les exercices sont courts, il est indispensable d'y revenir souvent ; peu et souvent, telle doit être en effet la règle, elle est d'ailleurs d'une application facile, si on remarque que tout déplacement, tout mouvement même peut, à condition d'être fait méthodiquement, représenter un exercice thérapeutique. Pendant les séances quotidiennes qu'il dirige en personne, le médecin donnera donc à son malade les indications les plus minutieuses relativement aux mouvements qu'il exécu-

tera en son absence. Autant ces derniers, s'ils sont incorrects, compromettent le bénéfice des premiers et créent de mauvaises habitudes, autant, dans de bonnes conditions, ils doivent constituer une part importante du traitement, mais pour cela les moindres détails, les attitudes permises, les sièges à employer, les moyens dont on s'aidera auront été déterminés exactement. Un malade capable de s'observer à tout instant est un malade qui s'améliorera régulièrement et vite, nous l'avons bien des fois constaté. Si l'on a affaire en outre à un homme intelligent, il peut être utile pour l'intéresser à son traitement de lui donner quelques explications, plus ou moins simples suivant les cas, à condition toutefois d'interdire toute initiative thérapeutique qui ne serait pas contrôlée par le médecin lui-même. Faut-il au contraire soutenir l'attention du sujet, on s'appliquera alors à combiner des exercices dont l'effet sera à peu près le même et à frapper l'imagination en variant les conditions extérieures. Lorsqu'enfin certains progrès sont trop lents, et si néanmoins le succès final doit être obtenu, on insistera sur ce qui est déjà gagné et l'autorité du médecin empêchera le découragement et l'abandon de tout effort : pour cela les relations établies entre malades sont excellentes, car le spectacle d'un succès chez l'un excite l'émulation des autres et la vue du malheur d'autrui inspire quelque résignation.

C'est en tout cas un traitement long que la rééducation chez les ataxiques et on n'en sera pas surpris si on songe qu'il s'agit de redonner de nouvelles habitudes, de reconstituer par l'exercice de nouveaux mécanismes moteurs chez des malades ; heureusement dès les premières semaines on obtient en règle très générale des progrès assez nets pour que le malade les constate et en soit encouragé, mais c'est par mois qu'il faut compter le temps au bout duquel il peut espérer voir changer ses conditions d'existence.

Une question souvent posée est celle de savoir si la rééducation motrice est compatible avec l'emploi des autres thérapeutiques qui conviennent aux ataxiques. Nous dirons quelques mots de cette question importante : tout d'abord il ne faudrait pas perdre de vue que la rééducation n'est que le traitement symptomatique de l'ataxie et non pas celui du tabes ; si elle est particulièrement indiquée lorsque celui-ci est arrêté, il est pourtant fréquent qu'on ait à combattre en

même temps que l'incoordination la maladie qui en est la cause, nous n'avons jamais vu d'inconvénients à poursuivre simultanément ce double but ; les injections mercurielles en particulier ne présentent avec la rééducation aucune incompatibilité. Il en est de même pour la médication tonique, pour l'hydrothérapie, pour le traitement hydrominéral. Pour ce qui est de l'élongation, toute la question est de savoir à quels procédés on a recours car, si certains doivent être évités, c'est qu'ils présentent par eux-mêmes des inconvénients. On en pourrait dire autant de l'électricité ou du massage ; les indications d'emploi de ces méthodes doivent être rigoureusement déterminées pour chaque cas particulier, sans que la rééducation suivie concurremment les modifie : la rééducation en un mot est actuellement le seul mode de traitement que nous puissions directement opposer au symptôme ataxie, les autres moyens thérapeutiques employés en cas de tabes conservent leurs indications propre et peuvent être, s'il y a lieu, prescrits simultanément.

Il nous reste à dire pour terminer quels résultats donne chez les ataxiques le traitement rééducateur. On peut d'abord affirmer que jamais il ne comporte d'inconvénients s'il est judicieusement appliqué ; les inconvénients qu'on a pu *a priori* redouter étaient les suivants : dangers de fractures ou d'accidents à l'occasion de chutes possibles, fatigue trop grande causée par les exercices. Il nous suffira de rappeler que l'état cachectique et la fragilité osseuse sont en effet des contre-indications de la rééducation et que le surmenage physique peut toujours être évité par un entraînement prudent. Quant aux avantages, ils sont de deux ordres : rétablissement plus ou moins complet des fonctions motrices, conséquences de ce rétablissement sur l'état moral, l'état général et certaines paresthésies douloureuses.

Sans entrer ici dans l'étude détaillée des effets du traitement sur chacun des éléments de l'ataxie, on peut dire qu'il n'est pas de malade qui ne voie, s'il donne un peu d'attention et d'efforts, son incoordination diminuer de façon manifeste. Ces succès de détail sont déjà intéressants en eux-mêmes car ils sont une preuve de l'efficacité de la méthode et constituent des encouragements utiles pour soutenir la confiance du sujet, mais, si l'on veut réellement juger la rééducation il faut poser la question à un point de vue plus pratique.

Le malade, naguère impotent et immobilisé dans un fauteuil est-il redevenu capable de se lever et de marcher seul pendant quelques minutes, quitte à s'observer et à se montrer prudent, peut-il se passer de son entourage dans les circonstances habituelles que présente la vie journalière, en un mot a-t-il reconquis son *indépendance* ?

Peut-il espérer davantage, retrouver assez d'assurance pour compter sur lui-même pour des déplacements plus longs et plus difficiles, sortir seul sans danger, en un mot est-il assez *valide* pour reprendre une existence à peu près normale comportant l'exercice d'une profession ?

L'indépendance et la validité représentent, en effet, selon nous, les deux degrés d'amélioration que l'on peut se proposer. Heureusement, nous pouvons aujourd'hui, et pour la plupart des cas bien choisis, répondre de façon affirmative.

Ce serait peu de chose, en effet, que d'obtenir dans les mouvements des succès de détails si la fin du traitement ne devait procurer tout au moins la première de ces deux qualités, l'indépendance. Celle-ci ne représente, il est vrai, un succès, que dans les cas de grande incoordination, mais c'est alors celui dont l'ataxique jusque-là impotent et tributaire à tout instant de son entourage se montre le plus heureux; nombre de malades, ceux en particulier que leur condition sociale ou de fortune met à l'abri des soucis matériels, s'en contentent ordinairement, et cet état suffit d'ailleurs pour l'exercice de bien des professions sédentaires. Mais souvent aussi on est en droit d'espérer davantage, et, comme nous le montrerons plus loin, les ataxiques ne sont pas exceptionnels qui ont pu, après y avoir renoncé, reprendre une vie active. D'une façon générale, on peut dire que, sauf en cas de complications, la plupart des malades qui avaient perdu leur indépendance peuvent la recouvrer, et ceux qui l'avaient encore conservée, retrouver leur validité. Ce n'est pas à dire que des succès plus complets ne puissent être espérés, nous avons même publié une observation qui représente une vraie guérison intégrale de l'incoordination motrice chez un ataxique avéré, mais si un semblable exemple est à la fois consolant pour les malades et instructif pour les médecins, il ne faudrait pas le considérer comme donnant la mesure de l'amélioration que tous les malades sont

en droit d'espérer : il nous montre néanmoins que l'on peut attendre beaucoup de la rééducation motrice.

Nous pouvons maintenant citer quelques observations personnelles se rapportant aux divers degrés d'amélioration auxquels nous avons fait allusion.

Obs. I. — M. X..., quarante ans, officier. Tabes confirmé datant de sept ans.

Incoordination motrice datant de deux ans. Le malade a dû renoncer au service actif pour se faire donner un emploi sédentaire et éviter même de porter l'uniforme. Au commencement de 1901, il marche encore seul mais avec incertitude et sans se passer de sa canne; il doit faire effort pour marcher dans les rues, il a peine à monter et à descendre les étages, il hésite à traverser les chaussées, il se fatigue très vite, et ne se permet que de petits déplacements. M. X... est un homme très intelligent, comprenant parfaitement son traitement et prêt à tout pour guérir.

Au bout de trois mois de rééducation, les progrès réalisés ont déjà changé les conditions d'existence du malade. Un mois plus tard, c'est à peine si on retrouve des traces d'incoordination. M. X... rentre dans son régiment, y reprend ses anciennes fonctions avec toutes les obligations qu'elles comportent, il monte à cheval et fait sans restrictions son service. La même année, il suivait sans difficultés les manœuvres d'été. Jamais depuis lors il n'a quitté le service actif.

Dernièrement, il a été promu au choix au grade de chef de bataillon.

Obs. II. — M. X..., trente-six ans, officier. Tabétique depuis neuf ans. Depuis trois ans et demi les signes d'incoordination sont apparus et l'ont depuis forcé à renoncer à l'activité. Il ne marche seul que quelques instants, s'appuie ordinairement d'une main sur sa canne et souvent se soutient de l'autre au bras de la personne qui l'accompagne ; il est résolu à démissionner.

Au bout de quelques semaines, il reprend confiance, commence à sortir seul et, son équilibre s'assurant, se sert de moins en moins de sa canne. Après quatre mois de traitement, il est capable de rentrer dans un régiment avec les fonctions de capitaine d'habillement. S'il n'est pas en état de monter à cheval et d'accepter sans réserves toutes les obligations de la vie militaire, du moins il reprend l'exercice de sa profession.

Obs. III. — Mme D..., cinquante-quatre ans, salle Cruveilhier. Tabétique depuis cinq ans. Incoordination motrice depuis quatorze mois. Celle-ci dont la marche a été rapide s'est accentuée à ce point que depuis deux mois la malade n'a pas quitté le lit. Au

début on la transporte sur un brancard jusqu'au service de Rééducation, à ce moment en effet non seulement la locomotion, mais la station debout sont absolument impossibles.

Les progrès se montrent réguliers et assez rapides, la malade arrive assez vite à se tenir seule, puis à faire quelques pas. Au bout de trois mois et demi, elle quitte l'hopital, seule et à pied, prête à reprendre sa vie ordinaire, devant seulement diminuer la longueur et la fréquence de ses courses à pied.

Obs. IV. — Mme D..., quarante-quatre ans, salle Rayer. Tabétique depuis 1882. L'incoordination d'abord insensible, éclate brusquement au commencement de 1901, et quand on nous apporte la malade, le 13 novembre 1901, elle était au lit depuis sept mois, absolument incapable de se tenir debout.

A partir du mois de mai 1902, elle circule seule dans les cours en se servant de sa canne. Au mois de novembre, c'est-à-dire après un an de traitement, elle quitte le service, étant maintenant capable de se suffire à elle-même, à condition de se montrer prudente; toutefois, elle n'ose pas marcher dans les rues sans être accompagnée.

Obs. V. — M. R..., quarante-cinq ans, horloger. Tabétique depuis 1890. Troubles de la marche depuis 1896. Le traitement rééducateur est commencé en novembre 1901.

A ce moment, le malade arrive encore à marcher seul, mais difficilement, de façon très incorrecte et sans jamais se passer de sa canne; il a peine à venir de la porte de l'hôpital jusque dans la service.

Au bout de quatre mois, l'incoordination a en grande partie disparu, l'équilibre s'est bien assuré, le malade a retrouvé une attitude régulière et n'hésite plus à sortir seul. En février 1902, il est victime d'un accident tout à fait indépendant de ses exercices, il se fait une fracture de jambe; la consolidation n'est complète qu'au mois de juin. R... qui se ressent de son long séjour au lit, reprend son traitement. Au mois de novembre 1902, il est assez bien pour mener une vie presque normale, il n'a plus à craindre de chutes; s'il continue à fréquenter encore le service, ce n'est plus que pour perfectionner certains mouvements spéciaux.

Obs. VI. — M. B..., cinquante-un ans, surveillant d'usine, salle Prus. Tabétique depuis 1899. Début de l'incoordination en novembre 1901. celle-ci s'accentue rapidement et au commencement de janvier 1902 la marche et la station debout sont impossibles; on doit porter le malade pour le déplacer.

L'ataxie se corrige assez régulièrement, mais l'hypotonie, très marquée, constitue une assez grosse difficulté. Néanmoins, B... arrive bientôt à se tenir, puis à marcher seul dans le service. Pour

traverser les cours, il continue à se servir de sa canne. En juin 1902, il se juge assez sûr de lui pour quitter l'hôpital et rentrer chez lui.

Obs. VIII. — M. B..., quarante-trois ans, dessinateur. Incoordination remontant à deux ans. Le traitement est commencé en avril 1902. Le malade ne marche alors qu'en s'appuyant d'une main sur sa canne et de l'autre sur un bras. L'incoordination, assez accusée au tronc et à la jambe gauche, compromet à tout instant l'équilibre. Celui-ci se rétablit à mesure que se corrigent les signes observés du côté du tronc. Aujourd'hui B... n'a plus besoin d'aucun appui pour marcher chez lui; dans la rue, il prend sa canne, mais s'en sert rarement. Il vient maintenant facilement dans le service, et a repris sans difficultés l'exercice de sa profession, car heureusement les mains sont à peu près indemnes et il continue à entretenir leurs mouvements en même temps que ceux des membres inférieurs.

Obs. VIII. — M. S..., quarante-cinq ans, ingénieur. Tabétique depuis 1895. En août 1900 incoordination à marche rapide apparue en quinze jours et assez accentuée pour que le malade ait besoin de deux appuis pour se déplacer. La rééducation est commencée à la fin de novembre 1901. En avril 1902, S... désormais capable de marcher seul, de monter et de descendre, cesse de fréquenter le service pour reprendre ses occupations antérieures.

Obs. IX. — M. A..., trente-cinq ans, avocat. Incoordination extrême avec hypotonie accusée. Le malade doit se faire porter pour les moindres déplacements, il ne peut se tenir assis sur une chaise plus de quelques instants; en voiture il glisse peu à peu et tomberait si on ne le soutenait.

Au bout de quatre mois de rééducation, il peut à titre d'exercice marcher seul dans sa chambre. Dans la vie ordinaire, il est capable en s'aidant d'un bras, de marcher assez facilement et sans plus jamais tomber. Il sort tous les jours en voiture et sans difficultés.

Obs. X. — M. N..., quarante-deux ans, négociant. Tabétique depuis trois ans, ataxique depuis six mois. L'incoordination est très accusée, la station debout est impossible. Après trois mois de rééducation, le malade arrive à marcher seul pendant quelques mètres. A ce moment, on assiste à une poussée de la maladie, l'incoordination gagne le tronc. Après cette poussée, le traitement est repris. Aujourd'hui M. N... est capable de se déplacer dans son magasin et de s'occuper de ses affaires. A la campagne il fait des courses d'une dizaine de minutes.

Obs. XI. — M. J..., cinquante ans, comptable. Incoordination moyenne intéressant le tronc et le membre inférieur gauche. Le

malade marche seul encore, mais sans assurance et avec des déplacements des épaules qui compromettent parfois l'équilibre, ce défaut se corrige bien par la rééducation du tronc; la démarche devient régulière, la plupart des petites difficultés qui gênaient M. J... disparaissent une à une. Aujourd'hui, quand il s'observe, il marche toût à fait bien. Seuls les mouvements de flexion du genou gauche pendant la descente sont encore brusques et incertains.

L'histoire de ces malades pourrait servir de conclusion à cette étude de la rééducation des ataxiques, nous ajouterons pourtant quelques mots.

Si, il y a peu d'années encore, le tabes était, pour la grande majorité des cas, considéré comme une maladie sans appel, presque fatalement progressive et aboutissant nécessairement à l'ataxie confirmée, aujourd'hui tous les neurologistes s'accordent à reconnaître que ce tableau si sombre ne répond plus, bien souvent, à la réalité des faits ; non seulement la maladie peut spontanément présenter des rémissions durables, non seulement il faut compter avec les tabes frustes qui ne se traduisent que par quelques symptômes discrets et n'évoluent pas, mais surtout nous avons conscience de n'être pas désarmés devant le danger de la sclérose radiculaire postérieure ; nous savons que nos moyens thérapeutiques ne sont pas étrangers à la fréquence de plus en plus grande de ces arrêts de la maladie. Plusicurs médecins ont même pu parler de guérison de tabes, rapprochant ainsi deux mots qui auraient autrefois semblé incompatibles : c'est dire combien a changé le pronostic de la maladie, or, il en est de même pour le plus grave de ses symptômes, pour l'ataxie. De nombreuses observations prouvent que l'ataxie n'est pas incurable, nous pouvons maintenant lui opposer, des moyens thérapeutiques rationnels et efficaces ; il n'est pas besoin d'insister pour faire comprendre toute l'importance pratique d'un pareil progrès. Si, dans la seconde partie de ce travail, nous nous sommes bornés à l'étude de la rééducation chez les tabétiques, c'est en partie parce que c'est là une des applications les mieux connues de la méthode, mais c'est surtout parce qu'il nous fallait, choisissant un exemple précis, montrer comment la pratique de la rééducation, le choix des procédés et leur mise en œuvre doivent être exactement déduits de l'analyse des troubles que l'on veut

corriger, de la connaissance de la physiologie normale et pathologique et de l'observation des conditions cliniques : ce n'est qu'à ce prix qu'on pourra espérer des succès.

Une étude analogue devrait être entreprise pour chacune des affections judiciables de la rééducation motrice, on verrait alors combien les conditions qu'elles présentent peuvent être variables, on comprendrait pourquoi non seulement les mêmes procédés, mais aussi les mêmes méthodes de rééducation ne conviendront pas aux divers syndromes d'incoordination; à plus forte raison différeront-elles selon que les troubles moteurs seront d'origine médullaire ou d'origine corticale. Pourtant les mêmes principes, et avant tout l'idée de reconstitution fonctionnelle, dirigent toutes ces tentatives, et montrent leur parenté naturelle. C'est l'ensemble de ces méthodes qui constitue la rééducation motrice, laquelle n'est elle-même qu'une application de l'idée plus générale encore de rééducation organique.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Transmission aux descendants des lésions expérimentales produites chez les ascendants; par le Dr Malherbe.

Ce n'est pas sans un peu d'étonnement que nous avons lu le compte rendu d'un travail de MM. Charrin, Delamarre et Moussu, sur la transmission aux descendants des lésions expérimentales produites chez les ascendants. Il y a là une grosse question, souvent débattue jadis, relative aux lois de l'hérédité. L'hérédité morbide et l'hérédité physiologique y sont également intéressées, car elles ne sauraient avoir un mécanisme différent.

Les expérimentateurs que nous venons de nommer ont repris sous une forme nouvelle des essais que des physiologistes avaient déjà faits d'autre façon.

La question est celle-ci, en somme: des lésions accidentelles, expérimentales ou autres, peuvent-elles se transmettre du procréateur au produit de la conception? Jusqu'à présent, les savants qui s'étaient intéressés à cette question y avaient très généralement répondu par la négative. Les mutilations subies systématiquement par les ascendants n'étaient pas transmises et l'on ne

réussissait jamais à changer de cette façon le type d'une race, d'une famille, encore moins d'une espèce. Ainsi, vous auriez beau couper une patte à des chiens ou à des chats, de génération en génération, vous n'arriveriez jamais à produire une race, une famille de *manchots*, si l'on peut s'exprimer ainsi.

A cet égard, nous connaissons dans l'espèce humaine une expérience bien des fois séculaire : c'est le pied de la Chinoise. Si une mutilation aussi grave pouvait par hérédité modifier la morphologie d'une race, il y a longtemps que la chose serait faite et le triste résultat obtenu. Mais chacun sait qu'il n'en est rien et qu'il faut toujours emprisonner et martyriser le pied de la Chinoise pour obtenir la forme traditionnelle voulue par l'esthétique des Célestes.

En vérité, s'il était vraiment besoin d'une démonstration rigoureuse par les faits, celle-ci nous semblerait bien suffisante. Cependant, sans aller chercher des preuves jusque dans l'Extrême-Orient, on pourrait encore citer les expériences négatives faites par des physiologistes européens et même français sur des animaux de laboratoire. C'est à peine si l'on entend sur ce sujet quelques notes discordantes, quelques affirmations douteuses.

Et voilà justement ce qui fait l'intérêt et, pour ainsi dire la curiosité, en tout cas l'imprévu des expériences de M. Charrin et de ses collaborateurs.

Ces physiologistes, dans une note présentée à l'Académie des sciences (Voir le *Bulletin Médical* du 2 août), n'hésitent pas à dire : « On s'est demandé si des lésions provoquées chez la mère peuvent se reproduire chez le rejeton ; tout en laissant à part le point de vue morphologique pur, nous avons réalisé plusieurs séries d'expériences qui paraissent trancher le débat dans le sens de l'affirmative. »

Cette affirmation est faite pour surprendre. Nous n'avons pas pour cela la prétention d'y opposer une négation, n'ayant point la compétence exigible en pareille matière.

La seule chose que nous puissions faire, c'est d'examiner de près le texte de la note tel qu'on le trouve dans les journaux. Eh bien ! les expériences ont consisté à opérer de très larges délabrements du foie ou des reins chez des femelles en gestation. « Or, nous dit-on, quand, au bout d'un temps suffisant (au minimum une semaine), des femelles ainsi traitées ont mis bas, nous avons observé chez un bon nombre de leurs descendants nés avant terme ou sacrifiés au moment de la naissance, d'indiscutables lésions des glandes hépatique ou rénale (congestion, hémorragies, dégénérescence, quelques cylindres, etc.) : l'organe malade était précisément l'homologue du viscère volontairement détérioré chez la mère. »

Nous ne voudrions pas nous montrer trop difficiles, et pourtant on nous permettra de nous déclarer non satisfaits pour ces résul-

tats expérimentaux. Des congestions, des hémorragies, etc..., n'ont vraiment rien de spécifique et peuvent souffrir le reproche d'être plutôt banales.

Toutefois, les savants distingués dont les travaux nous ont si fort intrigué ont poussé plus loin leurs délicates recherches. Seulement cela devient d'une *technicité* bien particulière et qui, de plus en plus, dépasse notre compétence. Ils ont voulu savoir si la cytolysine correspondant à un parenchyme n'agit pas sur l'organe homologue du fœtus. Il importait donc de faire jouer comme il convient les cytotoxines. Pour cela, on injecta sous la peau ou dans les veines de femelles pleines des extraits de foie ou de rein. « Or, disent les auteurs, assez fréquemment, quand, huit jours au moins après la dernière de ces injections, ces femelles ont mis bas, nous avons constaté que les détériorations portaient avant tout, suivant qu'on avait utilisé des éléments hépatiques ou rénaux, sur la glande biliaire ou urinaire des nouveau-nés. »

Nous avons vu que tout cela nous paraît bien vague, bien imprécis. Et malgré le grand respect que nous inspirent les savants très éprouvés qui ont conduit ces expériences, nous sommes portés à croire qu'on interprète mal les lois de l'hérédité, si lois il y a. Or, il y en a certainement. Mais nous n'osons point nous mêler de cette affaire, elle est trop difficile.

Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que toutes les expériences de transmission des mutilations sont insuffisantes, nullement démonstratives et ne peuvent, jusqu'à nouvel avis, entrainer la conviction (*Gaz. méd. de Nantes*).

II. **Un point d'histoire de l'aphasie. — La découverte de Broca et l'évolution de ses idées sur la localisation de l'aphasie** ; par le Dr LADAME (*Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 3, 1902).

Plusieurs auteurs ayant soutenu récemment que Broca n'avait pas localisé uniquement dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, la fonction du langage articulé, M. Ladame a cru utile de relever ce point d'histoire de l'aphasie en passant en revue, dans leur ordre chronologique, les différentes communications de Broca relatives à l'aphasie. Il résulte de cette revue que les convictions de Broca se sont formées peu à peu, au fur et à mesure des nouvelles observations ou des nouvelles autopsies confirmatives de sa découverte, mais que jamais il n'a varié sur la localisation de l'aphémie dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. G. D.

III. **Sur l'anatomie pathologique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse**; par SWITALSKI (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901).

L'hérédo-ataxie cérébelleuse de Marie, qui est venue se placer à

côté de l'hérédo-ataxie de Friedreich, présente aujourd'hui un tableau clinique complet, mais le tableau anatomo-pathologique de cette affection ne repose encore que sur quelques rares autopsies, qui laissent beaucoup à désirer au point de vue de l'analogie. Le résultat des recherches soigneusement enregistrées par l'auteur est loin de contribuer à la détermination bien nette du tableau anatomopathologique en question. Un seul caractère paraît fixe, c'est la petitesse du cervelet et de la moëlle, avec ou sans lésions macro et microscopiques; les lésions, lorsqu'elles existent, affectent d'ailleurs une distribution topographique très irrégulière s'étendant plus ou moins aux faisceaux cérébelleux directs, aux cordons de Goll, de Burdach ou de Gowers. Pour expliquer ces différences considérables dans les lésions anatomiques d'une même maladie, le Dr Switalski expose une théorie qui a l'avantage d'être rationnelle et simple : l'hérédo-ataxique naîtrait avec un système nerveux et un système vasculaire débile, la débilité nerveuse portant sur le cervelet et ses voies; les troubles cliniques commenceront à se manifester et à s'accentuer avec la diminution progressive de la nutrition. Le degré et l'extension plus ou moins considérables des lésions anatomo-pathologiques seraient en rapport avec le degré plus ou moins profond de cette dénutrition qui tendrait peu à peu à altérer du centre à la périphérie toutes les parties du système nerveux. R. C.

IV. **Recherches sur la structure anatomique du système nerveux chez un anencéphale en rapport avec le mécanisme fonctionnel**; par Vaschide et Vurpas (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901).

Ces recherches, suivies avec les différentes méthodes techniques en usage, sur le névraxe d'un sujet dont l'existence biologique a été décrite dans des articles antérieurs, ont conduit les auteurs à un ensemble de propositions hypothétiques dont les principales sont : 1° Qu'il pourrait exister des mouvements spontanés ou associés, malgré une absence totale du faisceau pyramidal; 2° il se manifesterait des réactions sensitivo-motrices malgré la dégénérescence des cellules nerveuses sur toute la hauteur du névraxe. En résumé, ce cas « peut être considéré comme une expérience de laboratoire qui prouverait, d'une part, l'existence d'une vie biologique rudimentaire, indépendamment du fonctionnement des centres nerveux supérieurs et d'autre part, l'incompatibilité notoire qu'il y a entre l'explication ordinaire que l'on donne du fonctionnement et du mécanisme du système nerveux et les constatations que nos recherches histologiques ont amené à faire sur la structure du névraxe dans ce cas particulier ». R. C.

V. **L'influence sur le travail volontaire d'un muscle de l'activité d'autres muscles**; par Ch. Féré (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901).

Recherches expérimentales conduites selon la méthode déjà exposée par l'auteur, portant sur le travail du médius, et enregistrées à l'aide de l'ergographe de Mosso, desquelles il résulte que : 1° les mouvements associés et synchromes de la mâchoire, des fléchisseurs des doigts du côté opposé, des muscles de la jambe du côté correspondant ou du côté opposé, si fatigants soient-ils en eux-mêmes, modifient la courbe de la fatigue du médius et produisent une augmentation au moins momentanée du travail.

2° En général, plus l'exaltation du travail a été faible au début, plus la dépression est rapide. Comme les excitations sensorielles, l'excitation autochtone, par l'activité volontaire permet de mobiliser des forces disponibles, elle ne crée pas de forces.

3° Le côté gauche et le côté droit réagissent d'une manière très différente. Le côté droit réagit plus rapidement et s'épuise plus vite : asymétrie réactionnelle qui correspond à une asymétrie motrice et sensorielle, et qui a été déjà observée dans les expériences antérieures. R. Charon.

VI. **Deux cas d'hémihypertrophie congénitale du corps**; par A. Thomas (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901).

Dans le premier cas, enfant de quatre mois; l'hypertrophie intéresse la face et la langue, à droite, les membres et le tronc à gauche; dans le deuxième cas, la face est indemne et l'hypertrophie porte surtout sur le membre supérieur. Dans les deux cas, il y a diminution de la contractilité faradique pour les parties hypertrophiées, et le processus hypertrophique intéresse à la fois les parties molles et osseuses. Dans le premier cas, il y a rétrocession du processus pendant les deux premières années, ce qui paraît une indication pronostique favorable de cette affection. R. C.

VII. **Ankyloses généralisées de la colonne vertébrale et de la totalité des membres**; par E. Apert. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901).

Homme de trente ans, atteint de tuberculose pulmonaire et présentant des ankyloses sinon complètes, au moins très serrées de la plupart des articulations du tronc et des membres. L'auteur élimine le diagnostic de rhumatisme déformant, d'ankyloses congénitales par aligamnios, ou par lésions acquises des centres nerveux : la musculature, les sensibilités et les réflexes sont demeurés intacts. L'autopsie montre des lésions destructives des cartilages articulaires et des déformations considérables des extrémités arti-

culaires des os longs, des vertèbres. L'auteur estime que ce cas ne saurait rentrer dans un cadre nosographique actuellement tracé et que, s'il y avait lieu de lui affecter un nom caractéristique, il pourrait être dénommé : spongiopathie spondyloépiphysaire. R. C.

VIII. **De la réaction des pupilles dans les états d'ivresse et de son importance médico-légale** ; par H. Gudden (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900).

Plus de la moitié des individus, hommes ou femmes, transportés à l'hôpital de Munich pour cause d'ivresse avec exaltation, présentent, immédiatement après leur arrivée, une diminution manifeste de la réaction des pupilles à la lumière, la plupart du temps bilatérale, qui peut affecter la forme d'une immobilité presque complète. Ce sont généralement des sujets ayant fait des excès de bière et d'eau-de-vie mélangées ou d'eau-de-vie. L'accès dure un quart d'heure à une demi-heure, un profond sommeil survient, et, au réveil, tout disparaît, y compris le trouble des pupilles, qui s'accompagne d'une dilatation moyenne. Parfois, à ce moment, la réaction pupillaire est excessive. Chez un certain nombre de malades, chez ceux qui, à la suite du sommeil, demeurent excitables et confus, la diminution ou la lenteur de la réaction pupillaire subsiste, bien que moindre, six à dix heures après l'admission, pour céder tout à fait en trois ou quatre heures à mesure que se produit le parfait rétablissement. Presque tous les ivrognes ont perdu absolument ou partiellement la mémoire des événements qui se sont passés pendant leur état d'ivresse, pour une période de temps embrassant parfois plusieurs heures, ou leurs souvenirs sont altérés. Voici une observation à l'appui de ces constatations chez un dégénéré.

Sans doute, *la diminution temporaire de la réaction des pupilles* à la suite de l'ivresse est un symptôme paralytique produit par le poison. On en ignore le mécanisme, mais elle peut servir de jauge à l'intoxication générale du cerveau ; elle nous fournit la certitude de l'existence d'une perturbation, d'un obscurcissement de la conscience, plus ou moins graves, en tout cas pendant les phases de l'ivresse où s'est développée la diminution de la réaction pupillaire. L'importance de ce signe en médecine légale saute aux yeux.

P. Keraval.

IX. **De la dourine des chevaux** ; par J. Marek. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900).

C'est une affection contagieuse par le coït, dont l'incubation dure de quelques jours à deux mois et qui se manifeste d'abord sur les organes sexuels bien que cette localisation puisse être extrêmement faible et même manquer. On constate, chez la

jument, un catarrhe insidieux de la muqueuse vaginale, souvent compliqué de tout petits nodules et d'érosions; chez le mâle, une tuméfaction graduelle du prépuce et du pénis, sans douleur, accompagnée d'uréthrite catarrhale. Quelques semaines plus tard ou en même temps se produisent des élevures très plates sur la peau des diverses parties du corps. Rondes, annulaires ou irrégulières, elles mesurent 4 à 8 centimètres, se forment très rapidement, en quelques heures ou jours, ne sont ni douloureuses, ni chaudes, durent de un à huit jours pour disparaître également brusquement, tandis qu'à d'autres endroits d'autres surgissent. Avec elles coexiste parfois une éruption semblable à de l'urticaire. Quelques cas de prurit cutané qui, plus tard, cesse de lui-même. Simultanément hyperesthésie progressive de la peau, soit par tout le corps, soit seulement en quelques endroits, et sensibilité à la pression de plusieurs troncs nerveux (sciatique, péronier, médian, trijumeau, intercostaux), qui détermine une respiration superficielle, et de la raideur de la démarche. A ce moment se développe très lentement une paralysie, qui devient complète après des semaines ou des mois, du crural et du sciatique, parfois aussi de l'obturateur des deux côtés, moins souvent des nerfs des pattes antérieures ou d'un nerf crânien, pour atteindre avec le temps également d'autres troncs nerveux. Parmi les nerfs craniens, le facial, plus rarement les nerfs des muscles de l'œil, ou le glosso-pharyngien. Jamais de paralysie des sphincters, ni des muscles de la queue. Les muscles paralysés s'atrophient. Les réflexes cutanés, exagéré par tout le corps ou en quelques points, disparaissent complètement dans les endroits totalement paralysés. Les réflexes profonds fortement diminués ou absents, reviennent graduellement à la normale quand survient une amélioration. L'excitabilité électrique était, en un cas, normale dans les parties non paralysées, diminuée dans la région paralysée ; en deux cas, il y avait réaction dégénérative. Pas de troubles de la connaissance.

Quand la maladie progresse, la mort est fréquente par gangrène du décubitus. La guérison est assez fréquente ; alors, ou la paralysie cède radicalement, ou il persiste une paralysie de quelques nerfs. L'évolution comporte plusieurs mois, une année ou deux. La mort en trois à quatre semaines est rare.

L'histologie minutieuse et longue détaillée par l'auteur lui permet de conclure, de concert avec le tableau clinique, à une *polynévrite infectieuse du cheval*. La lésion des nerfs périphériques, après avoir envahi les ganglions spinaux, entraîne la dégénérescence ascendante de quelques fibres nerveuses dans les cordons postérieurs. Il peut aussi se produire des foyers inflammatoires dans la moelle.

P. KERAVAL.

X. **Contribution à la technique de la coloration des cellules nerveuses**; par MM. Bielschowsky et Plien. (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900).

Le violet de crésyle, dont la constitution est très analogue à celle du bleu de méthyle, excelle pour la substance chromophile des cellules nerveuses. L'auteur emploie le violet de crésyle RRI de la fabrique de Mühlheim sur le Main. Les préparations sont stables. L'opération s'exécute immédiatement dans des solutions étendues transparentes. La substance chromophile prend une couleur bleu-violet. Le violet de crésyle a également de doubles affinités : ainsi, il colore la substance amyloïde en bleu clair, tandis que le reste du tissu est violet.

Technique. — 1° Durcir les pièces dans l'alcool ou le formol, avec traitement consécutif à l'alcool; 2° inclure dans la celloïdine; 3° Les coupes sont plongées pendant vingt-quatre heures à la température de la chambre dans une solution étendue : six à dix gouttes d'une solution concentrée aqueuse de violet de crésyle dans 50 centimètres cubes d'eau suffisent; 4° passer rapidement les coupes dans l'eau; 5° déshydratation par l'alcool progressivement concentré; ainsi se produit la différenciation de la substance grise et de la substance blanche des coupes à l'origine uniformément colorées; 6° éclaircissement à l'essence de cajeput; 7° rinçage au xylol sur le porte-objet, baume du Canada, couvre-objet.

On peut se passer d'inclure dans la celloïdine et inclure dans la paraffine la pièce durcie à l'alcool. On peut colorer des coupes congelées faites sur des blocs tirés directement de solutions conservatrices au formol. On peut colorer rapidement à l'aide de solutions concentrées. Les coupes trop colorées sont ramenées à la teinte voulue par un séjour prolongé dans l'alcool, et, si l'on acidifie l'alcool avec des traces d'acide chlorhydrique, on se débarrasse très vite de l'excès de matière colorante. P. Keraval.

XI. **Contribution à la question de l'immobilité réflexe des pupilles**; par Levinsohn. (*Centralblatt f. Nervenheilk*, XXIII, N. F. 1900.)

Jusqu'ici on n'a pas trouvé le lieu de la lésion qui produit l'immobilité réflexe des pupilles. Les cas favorables à la recherche anatomique nous manquent. Ce n'est pas étonnant, car, si le symptôme en question peut, pendant des années, précéder d'autres manifestations du tabes ou de la paralysie générale, dès que ces derniers apparaissent, la marche de la maladie, surtout de la paralysie générale, se précipite. On doit donc, *a priori*, croire qu'il s'agit d'altérations très subtiles inaccessibles à nos moyens d'investigation. Puis, les altérations de n'importe quel point d'un

neurone envahissent très vite les autres parties de celui-ci. Il est à penser que la lésion qui entraîne l'immobilité réflexe des pupilles où se trouve le foyer, se manifeste très rapidement sur toutes les parties qui entrent en ligne de compte dans la genèse du réflexe pupillaire, y compris les fibres centripètes des pupilles. Cependant, en tous ces cas, l'étude anatomique du nerf optique n'a rien donné.

On n'est pas arrivé jusqu'alors à trouver une explication exacte de l'immobilité réflexe des pupilles qui soit en harmonie avec les résultats anatomiques. Toutes les théories qui essaient d'expliquer ce phénomène par un trouble de fibres centripètes des pupilles se heurtent au fait indéniable de l'union centrale des noyaux sphinctériens et de l'entre-croisement partiel des fibres pupillaires centripètes (Bernheimer). Discussion des travaux de Bernheimer, Edinger et Westphal, Bach et Wolff. Si l'on admet la première, qui paraît certaine, si l'on croit aussi à l'entre-croisement partiel et à la terminaison des fibres pupillaires dans les noyaux sphinctériens, on ne peut trouver d'explication exacte ni au phénomène de l'immobilité pupillaire réflexe unilatérale, ni à l'inégalité des pupilles et à l'inégale sensibilité réflexe de l'immobilité pupillaire réflexe bilatérale, d'après les théories les plus admises actuellement qui présument une lésion des fibres pupillaires centripètes. En effet, dans ces conditions, tout excitant lumineux qui atteint un œil doit, en se transmettant à l'autre noyau sphinctérien, produire l'égalité parfaite de la sensibilité réflexe; où que gise la lésion dans le trajet centripète, que les branches d'un noyau ou des deux soient affectées, que l'affection soit plus prononcée d'un côté que de l'autre, l'inégalité de la sensibibilité réflexe est tout aussi impossible que l'inégalité des pupilles. Quant au sympathique cervical, il n'a rien à faire avec l'immobilité pupillaire réflexe ; l'instillation d'une solution faible de cocaïne dilate promptement la pupille (P. Schultz). Le sympathique cérébral est-il lésé ? C'est un territoire encore trop peu exploré. Du reste, les phénomènes de la paralysie du sympathique sont tout autres (Heddæus), et l'intégrité fréquente de la sensibilité malgré l'existence du myosis et de l'immobilité des pupilles s'oppose à une explication de ce genre. Il n'est pas possible d'admettre la théorie d'Heddæus pour l'immobilité pupillaire réflexe unilatérale; la branche de l'oculo-moteur commun qui anime le sphincter prendrait, pour lui, naissance aussi bien dans le noyau sphinctérien que dans le noyau accommodateur; or, les fibres sphinctériennes autant que les fibres accommodatrices se terminent dans le ganglion ciliaire, et, par suite, ne desservent qu'indirectement les muscles en question. Donc, quand le noyau de l'accommodation est innervé, les fibres qui en émanent n'agissent que sur l'accommodation, et réciproquement, les fibres sphinctériennes n'agissent que sur la pupille.

La lésion exclusive du point de départ de la voie réflexe centrifuge ne cadrerait pas avec les manifestations de l'immobilité réflexe des pupilles.

Eh bien, la voie centrifuge ayant perdu sa réaction à l'égard de la lumière, tandis qu'elle réagit normalement à l'accommodation et la clinique ne permettant pas de dire que l'excitation physiologique d'origine lumineuse ait moins de valeur que celle en rapport avec l'accommodation, on est bien obligé de s'imaginer que *le noyau sphinctérien se compose de deux groupes différents de cellules dont l'un transforme l'excitant lumineux en contraction du sphincter, l'autre fait la même besogne pour les autres excitations.* (Dufour, Lyder Borthen, Bernheimer, Oppenheim, Kostenitsch).

Le *foyer morbide* qui préside à l'immobilité pupillaire réflexe *comprend* donc *une partie du noyau sphinctérien lui-même.* L'inégalité et l'inégale réaction des pupilles de l'immobilité pupillaire réflexe uni et bilatérale s'expliquent alors par l'atteinte plus forte du groupe cellulaire d'un côté que de celui de l'autre : le défaut de contraction irienne à la lumière est plus intense de ce côté que du côté opposé. S'il existe du myosis, on peut croire au premier degré d'une lésion qui irrite celle des cellules sphinctériennes non préposées à la lumière, ou à une action irritative exercée sur ces dernières par des cellules sphinctériennes malades voisines. L'union centrale des noyaux sphinctériens ne nuit pas à l'inégale contraction des pupilles ; si l'excitant se distribue également aux deux noyaux, l'effet des cellules motrices se règle d'après le degré de la lésion. Il n'est pas rare en neuropathologie de voir deux groupes de cellules voisins, à action fort semblable, se comporter différemment à l'égard d'un même agent pathogène. Le poison tabétique ou paralytique posséderait donc une influence élective sur une partie déterminée du noyau de l'oculo-moteur commun ; l'atteinte, avec ce groupe, de l'autre partie du sphincter transformerait l'immobilité pupillaire réflexe en immobilité pupillaire absolue.

P. KERAVAL.

XII. **Le système psychiatrique de Wernitcke** ; par C. WINKLER (*Centralbl. f. Nervenheilk,* XXIII ,N. F. OI. 1900.)

Analyse très consciencieuse du livre du professeur Wernicke, intitulé *Grundriss der Psychiatrie.* 1894-1900. C'est un livre à lire, cela vaut mieux qu'une analyse de seconde main. Nous en avons personnellement parlé dans notre travail sur *l'Idée fixe* : *Archives de neurologie,* 1899.

P. KÉRAVAL.

XIII. **Les névroses trophiques vaso-motrices** ; par R. CASSIRER. (*Centralbl. f. Nervenheilk,* XXIII, N. F. XI, 1900.)

Ces complexus symptomatiques, désignés sous les noms de : acroparesthésie (Schulz), névrose vasomotrice (Nothnagel), érythro-

mélalgie, maladie de Raynaud, œdème angionévrotique de la peau, sont constitués par un noyau de troubles vasomoteurs autour duquel se groupent d'autres éléments : troubles sensitifs, sécrétoires, trophiques. L'auteur admet les divisions et subdivisions suivantes :

I. Sympt. vasomoteurs.	*A*. Syncope locale. *B*. Asphyxie locale. *C*. Hyperémie locale.	
II. Sympt. sensitifs. . .	*A*. Paresthésies. *B*. Douleurs. *C*. Thermoparesthésies.	*D*. Thermalgies. *E*. Anesthésies. *F*. Hyperesthésies.
III. Sympt. sécrétoires. .	*A*. Anhidrose. *B*. Hyperhidrose.	
IV. Sympt. trophiques. .	*A*. Grangène locale. *B*. Développement exagéré ou diminué de certaines parties. *C*. Sclérodermie.	

Il prend pour type de sa description la *maladie de Raynaud*, le plus riche, selon sa propre expression, en tableaux symptomatiques, dans laquelle on rencontre tous les éléments morbides du même acabit. Ils s'associent en des proportions multiples de façon à produire des mélanges qui montrent l'impossibilité d'une classification de types morbides. La cause doit résider dans l'appareil vaso-moteur, sans qu'on soit en mesure de la localiser, non pas seulement pour tous les cas, mais encore pour ceux de la même affection.

Conclusions — 1. Il existe des complexus symptômatiques qui se réunissent pour former des tableaux morbides autonomes. — 2. Il existe des groupes symptomatiques qui constituent des accidents pathologiques d'une maladie fondamentale quelconque, surtout d'une affection nerveuse, plus rarement d'une affection des vaisseaux. Ces derniers ressemblent fréquemment énormément à nos tableaux morbides autonomes. — 3. L'évolution décèle très souvent une différence entre la genèse symptomatique et la genèse idiopathique, mais pas toujours. — 4. Il existe aussi des degrés intermédiaires qui rentrent dans l'hystérie et la neurasthénie. — 5. La gliose spinale est la maladie organique la plus apte à engendrer des associations symptomatiques très semblables ou identiques à nos tableaux morbides. — 6. Mais toutes les maladies nerveuses peuvent se traduire par ces syndromes trophico-sensitivo-vasomoteurs. Cela ne nous étonne pas, car nous savons que la genèse des signes pathologiques du système nerveux tient tout autant au lieu où agit l'irritation qu'au genre de cette irritation : la prolifération de la névroglie en un point donné de la moelle peut produire exactement le même complexus symptomatique qu'un irritant qui modifie chimiquement, fonctionnellement,

la même région. Seulement l'évolution en est différente la plupart du temps. — 7. Les névroses trophiques vasomotrices autonomes se manifestent par des phénomènes symptomatiques semblables. — 8. La distinction entre les deux groupes est généralement possible sans grande difficulté; parfois elle est plus dificile, et ne se peut pratiquer d'emblée. — 9. Notre propre expérience de concert avec celle des autres nous permet néanmoins de dire : L'*acroparesthésie*, la *névrose vasomotrice*, l'*érythromélalgie*, la *maladie de Raynaud*, l'*oedème circonscrit fugace* et la *gangrène en plaques névropathique* doivent, en bien des cas, être tenus pour des *tableaux morbides autonomes*. P. KERAVAL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. La Paraldéhyde chez les aliénés; par D.-J. GALIANA. (*Revista de Medicina y cir. pract.*, n° 713).

L'auteur a beaucoup expérimenté cet hypnotique, qu'il donne à la dose de 2 à 4 grammes. Le sommeil ainsi provoqué est rapide, au point que s'il n'arrive pas très vite, c'est que le médicament n'agit pas. Ce sommeil est profond et continu, il résiste au bruit le plus intense et au mouvement sans que la sensibilité ni les réflexes ne soient nullement troublés; c'est un sommeil *consistant et dense*. Au réveil se manifeste un peu de céphalée, d'hébétude et de congestion; l'haleine du malade présente alors une odeur spéciale qui peut le gêner. Le goût désagréable de la paraldéhyde amène quelquefois une résistance énergique des aliénés contre son absorption. Il peut aussi se produire après quelques jours un peu de saburre gastrique et parfois une certaine paraldéhydomanie dont la suppression est d'ailleurs très bénigne. Enfin, au bout de quelques jours, l'accoutumance se produit et le remède devient inactif. En somme la rapidité de l'action et la durée et la solidité du sommeil en constituent tous les avantages. C'est un médicament de choix quand on n'a pas à s'en servir plus de quatre ou cinq jours; il est parfait pour le transport d'un aliéné en chemin de fer; il est contre-indiqué chez les malades congestifs. F. BOISSIER.

II. Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès; par le Pr BOINET. (*Revue neurologique*, août 1899.)

Chez le malade dont l'observation est relatée, le corps thyroïde de mouton fut ordonné en raison d'un dermatite exfoliatrice généralisée.

A la suite d'ingestion exagérée de corps thyroïdes se dérelop-pent tout d'abord des troubles psychiques sous forme d'excitation maniaque avec idées de persécution, puis des signes de basedo-wisme moins l'exophtalmie. Ces troubles cessèrent avec la cessa-tion de l'usage de corps thyroïde.

Cette observation, jointe à celle rapportée par Freiherr von Notthaft, est favorable à la théorie du goitre exophtalmique par hyperthyroïdation ; ces deux cas montrent les dangers de la mé-dication thyroïdienne employée soit d'une façon continue, soit à doses exagérées. E. Blin.

III. **Méthode nouvelle du traitement du morphinisme et de l'al-coolisme**; par A. Haré (*Medical News*, 7 juin 1902).

L'auteur préconise la substitution brusque de l'hyoscine en injections hypodermiques massives. Quelques injections suffiraient.

IV. **Deux cas de névrite sciatique, causée par des injections mer-curielles pratiquées dans les muscles de la fesse**; par Ropter et Tauton. (*Revue de médecine*, septembre 1901.)

Il s'agit de deux sujets syphilitiques chez qui des injections intramusculaires déterminèrent des symptômes de névrite du sciatique avec douleur intense, contractions, parésie, troubles paresthéniques.

Un traitement électrique institué amena chez l'un des sujets une amélioration rapide, mais chez le second les troubles ont persisté, laissant le membre dans un état d'impotence fonctionnelle.

A noter que l'injection qui fut suivie de troubles névritiques ne fut pas plus douloureuse que les autres. Il faudrait invoquer une action provoquée par le contact prolongé du sel mercuriel. Dans le second cas, un hématome nerveux en même temps que l'appari-tion des premiers troubles peut faire penser à des phénomènes de conpression. Dans tous les cas, il existe à la cuisse une zone dangereuse qu'il faut éviter chaque fois qu'on pratique les injec-tions mercurielles. M. Hamel.

V. **Sur les enfants arriérés. Diagnose et traitement**; par Fr. Warner. (*Brit. med. Journ.*, octobre 1901.)

Cette communication et la discussion qui l'accompagne soulèvent la question des classes spéciales et du départ à faire entre les en-fants normaux, les arriérés simples relevant de classes distinctes et les anormaux relevant du placement dans les établissements spéciaux médico-pédagogiques.

VI. **Du mode d'action de l'alcool sur l'économie dans l'alcoolisme aigu; l'alcool comme toxique et comme déshydratant**; par Ch. Valentino. (*Revue de médecine*, 1902.)

VII. Traitement du délire épileptique par l'alitement; par MARANDON DE MONTYEL. (*Revue de médecine*, 1902.)

L'alitement a été essayé par l'auteur sur de nombreux épileptiques ayant des délires à répétition. L'expérimentation avait d'autant plus de valeur que le traitement par le lit fut tour à tour employé et suspendu pour des accès revenant à intervalles réguliers, ce qui permettait de comparer les deux procédés employés. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le traitement par l'alitement n'a pas tout à fait donné les résultats favorables qu'on pouvait en attendre. Dans quelques cas, l'alitement calma un peu l'agitation, mais l'accès fut plus long; dans d'autres cas, la confusion fut plus grande; enfin, dans la plupart des autres, l'action de l'alitement fut nulle. M. H.

VIII. Sur un cas de pachy-méningite hémorrhagique, traité par des injections sous-cutanées de gélatine; par le Dr TAILLEUR.

Il s'agit d'un homme de soixante-neuf ans, qui présentait tous les signes d'une pachy-méningite hémorrhagique (état comateux, rétrécissement des pupilles, pouls lent et dur, strabisme, vomissements, etc., et dont l'état semblait désespéré lorsqu'on lui fit à la cuisse une injection sous-cutanée de 12 centimètres cubes de sérum gélatiné à 1 p. 100. Une amélioration indéniable ayant suivi cette première injection, on en pratiqua 5 autres à un ou deux jours d'intervalles. Ces injections se sont parfaitement résorbées et n'ont donné lieu à aucun phénomène.

Malheureusement une nouvelle hémorrhagie trop brusque et trop massive pour permettre une intervention utile, emporta le malade quelque temps après. L'autopsie n'a pas été pratiquée. C'est la première fois, d'après l'auteur, que les propriétés hémostatiques de la gélatine sont utilisées dans le traitement des hémorragies intra-crâniennes. G. DENY.

IX. Abcès cérébral double après chute sur le front. Trépanation. Guérison; par les Drs MATILE et BOURQUIN (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1902, n° 2).

Un enfant de huit ans se fend la peau du front en tombant dans un escalier. Survint une ostéomyélite, puis deux foyers d'encéphalite suppurée. En présence de la céphalée, de la fièvre, de la somnolence, etc., on râcle l'os au niveau de la plaie frontale, jusqu'à la dure-mère : une ponction de cette membrane ne donne pas de résultat. Le lendemain, hémiplégie droite flasque, stupeur, vomissements, frissons; on incise la dure-mère, puis le lobe frontal gauche; il en sort 20 ou 30 grammes de pus épais. A la suite de cette intervention, on observe une détente incomplète, mais

les phénomènes de compression cérébrale subsistent. Dix-neuf jours après l'ouverture du premier abcès, une ponction pratiquée dans la cavité du côté du temporal gauche, donne accès dans une seconde poche remplie de pus, qui est débridée et tamponnée. A partir de ce moment, disparition graduelle des accidents et retour complet de l'intelligence. G. D.

X. **Contribution à la thérapeutique de la chorée**; par W. de Bechterew. (*Centralblatt f. Nervenheilk.*, XXIII, N. F. XI, 1900.)

Reproduction de l'article russe de l'*Obozrénié pcichiatrii* de 1899. Déjà analysé. P. Keraval.

XI. **Résection du sympathique cervical pour névralgie du trijumeau; guérison; résultat éloigné**; par M. Gauthier. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, avril 1901.)

M. Gauthier présente un malade opéré par M. Jaboulay pour une névralgie du trijumeau datant de quatre ans. Le malade souffrait dans la zone des nerfs maxiliaires supérieur et inférieur du côté gauche. La douleur, modérée à l'état de repos, était intolérable au moindre effort de mastication. M. Jaboulay a pratiqué la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique le 14 octobre 18900.

Pendant deux mois, il n'y eut point de changement notable. Au bout de ce laps de temps, les douleurs commencèrent à diminuer et le 1er janvier 1901, elles avaient disparu presque totalement. Depuis ce moment, la mastication des aliments est redevenue possible.

Six mois après l'opération, l'état du malade est prospère : il a engraissé de 4 kilogs. Il existe encore un peu de sensibilité à la pression des points d'émergence des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, mais la douleur à la mastication a disparu tout à fait. Comme conséquence de la section du sympathique, on doit noter une légère diminution de la fente palpébrale, un peu d'enfoncement du globe oculaire et du myosis bilatéral, mais plus accentué à gauche. Il semble aussi que la joue gauche soit bouffie et un peu colorée par rapport à la droite.

Ce fait tend à confirmer l'hypothèse formulée par M. Jaboulay. Il pense que l'intervention agit en amenant à la longue des dégénérescences dans le trijumeau, soit au niveau de la racine sensitive vers la partie supérieure du plancher du quatrième ventricule, soit dans son tronc et ses branches par le moyen des nombreux filets qui s'y annexent en différents points. G. C.

XII. **Accidents nerveux consécutifs à la suppression d'une otite; trépanation de l'apophyse mastoïde**; par Lépine (*Société nationale de médecine de Lyon*, 11 novembre 1901.)

M. Lépine présente un malade atteint d'épilepsie jaksonienne, dont chaque crise présente des phénomènes différents (parésie d'un des membres supérieurs, le gauche le plus souvent, et alalie). Ce malade ayant eu autrefois un écoulement de l'oreille, M. Lépine s'est inspiré de l'opinion de A. Broca qui préconise l'intervention systématisée. Or les crises ont diminué sous l'influence de la trépanation de l'apophyse mastoïde, mais on n'a pas trouvé de pus. Il est difficile d'expliquer cette amélioration. G. Carrier.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 4 décembre 1902. — Présidence de M. Gombault.

Angoisse et anxiété.

M. Souques présente un débardeur de trente-six ans atteint d'aortite. Ce malade éprouve à propos du froid, d'efforts, du vent, etc., des crises d'angine de poitrine très douloureuses au cours et en dehors desquelles il n'a pas de peur psychique de la mort. Il a de l'angoisse et pas d'anxiété. Ce fait montre bien la différence de l'angoisse phénomène physique et de l'anxiété phénomène psychique.

Phénomène des orteils dans l'apoplexié.

M. Brissaud depuis la dernière séance a observé quatre malades en état d'apoplexie peu de temps après l'ictus. Chez les quatre sujets il a trouvé très manifestement le signe de Babinsktri.

M. Marie a observé le même fait sur un malade deux heures après l'ictus.

Méthode de l'isolement à l'hôpital pour les névroses.

M. Dejerine préconise le système qu'il a adopté à la Salpétrière pour la cure d'isolement et de psychothérapie appliquée aux malades trop pauvres pour pouvoir être traités dans les maisons de santé. Cet isolement se fait dans la salle commune. La condition d'accepter l'isolement absolu est posée au malade avant son entrée. Il est tenu dans un lit dont les rideaux sont fermés et ne reçoit ni lettres ni visites. Il ne voit que le chef de service le matin, l'interne dans la journée et la surveillante qui ne doit que lui apporter ses aliments et lui donner les soins matériels. Le diagnostic n'est jamais fait devant la malade, on se contente de lui affirmer qu'elle doit guérir. M. Déjerine, sur 200 malades, n'a eu que 2 insuccès. Il traite ainsi des hystériques, des hystéro-neuras-

théniques, des neurasthéniques. Il engage les médecins des hôpitaux à s'organiser pour faire bénéficier les malades pauvres de cette méthode.

Maladie de Dupuytren chez des tourneurs de bouchons.

M. Brissaud a trouvé chez les hommes qui exercent ce métier et qui serrent le bouchon entre deux doigts de la main gauche, de nombreux cas de maladie de Dupuytren, il en présente des photographies.

Arthropathie syringomyélique.

M. Brissaud présente l'articulation scapulo-humérale d'un porteur aux halles, grand buveur, devenu épileptique, puis guéri de ses attaques, qui ne pouvait lever le bras gauche en raison d'une luxation. De plus il ne sentait plus la chaleur à la main droite et pouvait la brûler sans aucune douleur, alors que la sensibilité tactile était conservée. Les mouvements de l'articulation du coude faisaient entendre des craquements à distance. Les deux affections articulaires étaient comme les troubles de la sensibilité dus à la syringomyélie. Or ces derniers troubles se superposaient à des zones radiculaires connues. Ce mode de répartition admis comme étant la règle par quelques neurologistes tels que Max Lahaye n'est pourtant pas la règle et peut revêtir la disposition segmentaire, ou du moins affecter les bandes radiculaires comprises dans un segment du tégument.

M. Dejerine a toujours vu dans ce cas la disposition radiculaire. Il est difficile d'établir la topographie segmentaire de la moelle, alors que la topographie radiculaire en est claire. On ne voit la disposition segmentaire dans la syringo-myélie que quand celle-ci est compliquée d'hystérie.

M. Brissaud ne peut admettre sans peine qu'au moins la limite supérieure de la thermo-analgésie chez son sujet (entre épaule et cou) ne soit pas segmentaire.

Mme Déjerine objecte que cette limite supérieure est celle des innervations respectives du plexus brachial et du plexus cervical. Malgré tout M. Brissaud ne pense pas que la disposition de ce trouble soit toujours nécessairement radiculaire, bien qu'un des premiers il ait signalé la fréquence de ce fait ; « il ne faut pas abuser même des choses les meilleures ».

Pathogénie de la maladie de Thomsenn.

MM. G. Ballet et Bordas attribuent le syndrome de Thomsenn à un défaut d'assimilation musculaire. Ils ont trouvé dans l'urine d'un sujet un produit alcaloïdique nouveau qui donne avec l'acide picrique un picrate spécial.

Paralysie radiculaire obstétricale.

M. HUET a suivi 20 cas de paralysie obstétricale du membre supérieur et en présente 4 cas à la societé. Cette paralysie est causée par l'élongation du plexus au passage des épaules au détroit inférieur. La réparation des muscles se fait bien, mais il persiste une certaine déformation et un trouble fonctionnel consistant dans la difficulté de la supination et de la rotation externe de l'humérus.

Diadocoeinésie.

MM. CAMPBELL (d'Edimbourg) et CROUZON ont étudié la diadococinésie chez les cérébelleux du service de M. Pierre Marie. Ils ont constaté l'existence de ce symptôme révélé par M. Babinski sur trois scléroses en plaques et ne l'ont pas trouvé sur un malade atteint d'un syndrome hystérique simulant la sclérose en plaques cérébello-spasmodiques, ils croient, en conséquence, que ce signe peut être différenciateur de l'hystérie et d'un trouble organique. Enfin ils ont constaté la diadococinésie sur un malade atteint d'une lésion cérébelleuse consécutive à un traumatisme occipital.

Examen de la moelle d'un malade porteur du signe d'Argyll-Robertson. — Tabes fruste.

M. Henri DUFOUR montre les coupes de moelle provenant d'un malade mort tuberculeux et n'ayant présenté comme seul signe clinique de la série tabétique que le signe d'Argyll-Robertson. Il n'éxiste pas de sclérose des cordons postérieurs; mais à la région dorsale moyenne on voit des épaississements et tourbillons méningés constitués par de la méningite ancienne; de plus à ce même niveau une racine postérieure est détruite, ce qui permet d'affirmer l'existence d'un tabes fruste. Ce cas permet donc de considérer comme tabétiques avérés un certain nombre de malades qui n'ont pour tout signe clinique que l'Argyll-Robertson.

M. DEJERINE chez un sujet atteint de signe d'Argyll et de douleurs fulgurantes n'a pas trouvé de lésions.

M. BABINSKI a aussi vu de tels cas sans lésions mais jamais sans lymphocytose. Pas d'Argyll sans lymphocytes, donc pas d'Argyll sans qu'il y ait au moins un état méningitique spécifique spécial, point de départ des altérations nerveuses.

M. DUFOUR a aussi toujours trouvé des lymphocytes dans le liquide de la ponction lombaire.

Amyotrophie du tabes dorsalis (trois observations avec autopsies)

MM. F. RAYMOND et Cl. PHILIPPE communiquent trois observations, suivies d'autopsies, dans lesquelles les symptômes ordinaires du

tabès dorsalis se sont compliqués, à une époque variable de leur évolution, d'une amyotrophie souvent considérable et prédominante au niveau des muscles des membres inférieurs. Cette amyotrophie a évolué assez lentement, sans douleurs des nerfs ou des muscles à la pression, entraînant une impotence fonctionnelle au prorata de l'amaigrissement des muscles. Les réactions électriques ont été souvent rencontrées plus ou moins modifiées (diminution plus ou moins grande de l'excitabilité faradique et galvanique, parfois avec une R. D. incomplète). A noter la déformation fréquente du pied, type Joffroy-Condoléon, avec griffe des orteils; et la marche de l'amyotrophie débutant par les petits muscles des pieds, pour gagner progressivement les grands muscles des jambes et des cuisses. Les secousses fibrillaires ont été notées dans le seul des cas où l'on ait pu assister à l'évolution de l'amyotrophie, dans ce même cas, il y a eu des symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée (voie nasonnée); langue atrophiée avec secousses fibrillaires; troubles de déglutition, etc.

A l'autopsie, à côté des lésions classiques du tabès dorsalis, les auteurs ont trouvé une *atrophie primitibe des grandes cellules radiculaires* de la substance grise avec atrophie des racines antérieures correspondantes et altérations névritiques secondaires. Cette poliomyélite antérieure primitive commande rigoureusement l'amyotrophie des membres inférieurs.

Ainsi, ces trois observations plaident en faveur de l'association, relativement fréquente, du tabès dorsalis classique et d'une amyotrophie progressive ordinairement prédominante au niveau des muscles inférieurs, amyotrophie d'origine médullaire.

La secousse musculaire dans les diverses maladies du système nerveux.

M. Mendelson (de Saint-Pétersbourg) résume ses recherches graphiques sur le caractère de la secousse musculaire réflexe dont la courbe représente une parabole dont la partie ascendante est normalement plus courte que la partie descendante. La projection dc ces deux segments de courbe serait dans le rapport de 4 pour l'ascendante, à 6 pour la descendante. Cette dernière portion est généralement seule modifiée dans les états pathologiques.

Traitement spécifique de lésions non syphilitiques.

M. Grasset (de Montpellier) envoie une communication lue par M. Marie au sujet de plusieurs cas de lésions des centres nerveux manifestement indemnes de syphilis et pourtant améliorées ou guéries sous l'influence du traitement mercuriel.

M. Durante montre des *névromes terminaux* et une *hypertrophie en masse du nerf médian* sur un avant-bras après résection du coude.

Paralysie sensitivo-motrice flasco-spasmodique, avec cypho-scoliose vertébrale sans lymphocytose rachidienne.

MM. Dupré et Sebilleau. — Garçon de dix-sept ans, présentant depuis six mois une paraplégie motrice, flasque, avec hypotonie musculaire, troubles sphinctériens, et hypoesthésie remontant jusqu'à la cinquième dorsale. Pas de douleurs ni de symptômes rondiculaires. Malgré le caractère flasque de la paralysie, on constate l'exagération des réflexes rotuliens, du clonus du pied et le signe de Babinski. Cette association flascospasmodique est chez le malade entièrement nette. La ponction lombaire ne décèle aucun lymphocyte dans le liquide céphalo-rachidien.

Lc diagnostic étiologique de la lésion est orienté vers le mal de Pott par l'existence d'une cyphoscoliose dorsale supérieure très prononcée. Mais l'absence de lymphocytes à la ponction lombaire oblige à rejeter l'hypothèse de leptoméningite, intermédiaire à la pachyméningite et à la myélyte transverse. Il faut admettre une lésion médullaire dorsale, transverse, centrale, coïncidant avec une lésion vertébrale, mais indépendante de tout processus anatomique de contiguité.

MM. Heitz et Lortat-Jacob communiquent une note au sujet de *l'intermittence d'anesthésie radiculaire alternant avec des crises gastriques chez des tabétiques.*

M. P. Richer est nommé président pour 1903. F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 18 novembre 1902. — Présidence de M. Jules Voisin

La psychologie du tuberculeux.

M. Félix Regnault. — Les manifestations psychologiques les plus saillantes chez les tuberculeux sont : l'optimisme, l'égoïsme, l'hyperexcitabilité et la sentimentalité. Ils sont optimistes parce que souvent ils ne souffrent pas et de cet optimisme naît leur insouciance à se soigner énergiquement ; aussi est-il salutaire de toujours éclairer un tuberculeux sur son état ; quand il connaît la vérité, il ne s'en trouve pas démoralisé, mais, au contraire, il comprend la nécessité du traitement qu'on lui impose. Leur égoïsme n'est pas le propre de la tuberculose ; il est le fait de l'affaiblissement et de la dépression. Leur sentimentalité, qui en fait parfois des « embrasés », tient à ce fait que dans les sanatoria, par exemple, ils mangent bien, ont la vie facile et ne sont nulle-

ment préoccupés par les soucis de l'existence. Ceux qui sont hyperexcités sexuellement ne sont, ni les tuberculeux fébriles, ni les tuberculeux sans fièvre, mais les tuberculeux subfébriles. La tuberculose peut ajouter un ou plusieurs caractères à l'état mental préexistant ; elle ne le modifie pas de fond en comble, comme cela arrive, par exemple, pour le myxœdème ou l'ablation des testicules.

M. Bérillon. — C'est déjà dans la période prodomique, au cours de la lente incubation, que le tubercubeux présente des troubles nerveux et mentaux. Ce qui m'a le plus frappé à cette époque, c'est qu'ils sont hypersuggestibles et abouliques. La constatation de cette hypersuggestibilité fait espérer que l'influence psychothérapique est de très courte durée et cela n'a rien d'étonnant, puisqu'elle est tenue en échec par une intoxication permanente. Chez le tuberculeux, la suggestion agit sur le psychique; elle modifie le caractère, elle contribue à créer l'optimisme ; elle n'agit sur les troubles somatiques que d'une façon faible et passagère, ainsi que le font les médicaments. Les tuberculeux, dès la période prodromique, sont des abouliques ; ils font toutes sortes de projets qu'ils ne réalisent pas ; ce sont des êtres diminués au point de vue de l'action. A une période plus avancée, ils sont extrêmement égoïstes. Un malade me traduisait son état mental par ces mots : « Je suis anarchiste de la santé des autres. » Un autre, faisant son testament, partageait à dessein sa fortune entre des gens tous mal portants, pour jouer une niche à ceux de ses héritiers qui étaient bien portants et qui, pour cela seul, lui étaient odieux.

M. Paul Magnin. — Je suis tout à fait d'avis que la période prébacillaire s'accompagne de changements de caractère. A ce sujet, il faut distinguer le tuberculeux et le phtisique. Le tuberculeux présente, en effet, une psychologie particulière : la psychologie des phtisiques au contraire, est celle de tous les malades infectés et épuisés. J'estime qu'il ne faut pas cacher au tuberculeux son état, mais au contraire le lui révéler ; en lui promettant formellement qu'il pourra se guérir s'il se soigne résolument, on obtient de lui une très grande docilité, tout en lui laissant son optimisme.

M. Loinel Dauriac. — Je suis très frappé de la conscience avec laquelle les médecins de nos jours se préoccupent de l'opportunité d'éclairer le malade sur son état. En révélant la vérité au tuberculeux, en lui apprenant qu'il est contagieux, on lui montre qu'un devoir lui est imposé par la nécessité de ne point attenter à la santé d'autrui ; il est ainsi tenu par la plus élémentaire obligation morale de préserver ses semblables des microbes dont il est le véhicule; et je me félicite que les progrès de la science

exercent cette influence sur la moralité et la conscience des malades.

M. Cazaux (d'Eaux-Bonnes). — En principe, je suis également d'avis qu'un tuberculeux doit être prévenu de son état ; mais je pense qu'il y faut des formes et des ménagements ; le médecin de famille peut préparer le malade et l'entourage et leur épargner un aveu brutal. Tout cela comporte des décisions d'espèce. Pour ce qui est de l'évolution de la maladie, j'ai constaté que les tuberculeux névropathes ou hystériques sont ceux qui guérissent le mieux.

M. Henri Lemesle. — La psychologie du tuberculeux varie suivant qu'il s'agit du tuberculeux oisif qui séjourne dans un sanatorium ou du tuberculeux actif qui continue à vivre de la vie ordinaire ; cette différence du milieu influe sur les modifications mentales ou nerveuses.

M. Jules Voisin. — Dans mon service de la Salpêtrière, je ne perds guère, par an, plus de deux malades pour cause de tuberculose. C'est qu'ils ont, d'ordinaire, très bon appétit ; sinon on les gave. Quant à l'état mental de ces malades, il faut distinguer ceux qui sont atteints de tuberculose pulmonaire et ceux qui, par exemple, ont de la tuberculose gastro-intestinale, ceux-ci sont rarement euphoriques.

M. Lépinay. — Il résulte de la discussion qu'avant les symptômes cliniques de la tuberculose, on peut observer des perturbations psychiques d'ordre spécial et qui peuvent faire soupçonner sinon diagnostiquer l'affection. Les mêmes faits existent chez les animaux et notamment chez les vaches. Les perturbations psychiques ont surtout leur répercussion sur les organes sexuels et les organes digestifs. Les vétérinaires savent que les vaches taurélières (vaches qui paraissent changer de sexe) les vaches qui mangent les objets, tels que les étoffes, les morceaux de bois ou de fer, etc., sont pour la plupart des bêtes chez lesquelles la tuberculose commence à évoluer, sans cependant présenter des symptômes cliniques, évidemment moins faciles à observer que chez les humains. Je ne sache que pareille observation ait été faite pour les petits animaux. Toutefois, j'ai remarqué un certain nombre de petits chiens manifestement tuberculeux et chez lesquels le caractère se modifiat complètement. De doux ils devenaient agressifs au point de mordre les personnes qu'ils affectionnaient le plus. Ils paraissent aussi avoir des excitations sexuelles anormales.

Somnoforme et suggestion.

M. Paul Farez. — Certains malades ne peuvent, pour diverses raisons, être plongés dans le sommeil hypnotique ; dès lors, toute

espèce de suggestion se montre chez eux tout à fait inefficace. Pour ces cas, on se décide parfois, en dernier ressort, à formuler les suggestions curatives après avoir provoqué la narcose chloroformique. Or, le chloroforme présente, à notre point de vue spécial, de multiples inconvénients, complications et même dangers.

Je propose de le remplacer par le somnoforme. Cet anesthésique est inoffensif; il peut être administré sans aucun préparatif, chez tous les individus, jeunes ou vieux, bien portants ou malades, assis ou couchés, déshabillés ou non, avant ou après les repas ; il procure un sommeil facile, immédiat et sûr ; au bout d'un certain temps, le réveil survient, complet et instantané, sans qu'aucun malaise se manifeste. Un neurasthénique avec phobies était soigné par moi, sans grand résultat, depuis quelque temps ; les divers agents hypotaxiques ne parvenaient guère à l'influencer. Il guérit rapidement à la suite de quelques séances de suggestion, faites à la faveur du sommeil somnoformique. La somnoformisation me paraît devoir, absolument et dans tous les cas, remplacer la chloroformisation dans la pratique de la psychothérapie.

Hystérie traumatique guérie par la suggestion hypnotique.

M. Jules Voisin. — Un maçon âgé de vingt-sept ans ressent une violente commotion électrique en montant dans un tramway ; il tombe à la renverse et l'on est obligé de le relever. Aussitôt, ses membres inférieurs présentent des secousses qui, bientôt, se propagent à tout le corps. Cet état dure depuis plusieurs mois ; le malheureux est incapable de se livrer à aucun travail et il est dans la misère. Il présente des stigmates manifestes d'hystérie. Je l'hypnotise et il peut reprendre son travail après la deuxième séance. Quelques mois après, à la suite de chagrins domestiques, il est repris de ses secousses qu'une nouvelle hypnotisation fait disparaître complètement.

Psychologie d'anormaux, les femmes à barbe.

M. Berillon. — On a noté chez certains aliénés un assez grand nombre de cas dans lesquels le système pileux était assez développé au menton ; en outre chez certaines femmes la lèvre supérieure est légèrement ombragée et le menton partiellement garni de poils. Ce n'est pas leur cas que je veux étudier, mais celui des femmes, assez rares, qui ont une véritable barbe, d'aspect nettement masculin ; Je vous en fais passer plusieurs photographies. Parmi les femmes qui ont une barbe clairsemée, on trouve fréquemment des viragos à allure, démarche, et sentiments masculins. Au contraire, les femmes qui ont une barbe masculine complète et très abondante sont éminemment femmes par la

structure physique, l'état mental, les [illegible] sexualité, la maternité. Leurs organes [illegible] leurs époques régulières. Elles sont [illegible] et recherchent la compagnie des femmes.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Le caractère*; par A. Malapert. 1 vol. in-18 de 300 pages. — Bibliothèque internationale de Psychologie expérimentale (Directeur, Dr Toulouse). O. Doin, éditeur, Paris 1902.

Il ne s'agit pas d'une théorie personnelle du caractère, mais d'une étude historique et critique des travaux consacrés à cette question d'une déconcertante complexité. Ce n'est que depuis une douzaine d'années que les psychologues se sont occupés d'*Ethologie*, dont Stuart-Mill réclamait la constitution dès 1843. Les préoccupations métaphysiques, les tendances de la psychologie ordinaire à ne s'occuper que de généralités, le préjugé légué par le XVIIIe siècle, d'après lequel tous les hommes naissent également amorphes et plastiques, les inspirations de la physiologie et de la sociologie, autant d'influences qui avaient éloigné les savants de l'étude des diversités individuelles. Stuart-Mill ne voyait dans l'Ethologie que la détermination des causes qui produisent les diverses formes de caractère, nous devons y voir en même temps les particularités individuelles sur lesquelles agissent ces causes. A côté de la psychologie générale, qui est analytique, et abstraite, il peut et il doit y avoir une psychologie synthétique et concrète, qui la complètera [illegible] l'*Ethologie* de Stuart-Mill, la *Caractérologie* de [illegible] ou la *Psychologie différentielle* de W. Stern. La méthode qui [illegible] est la méthode clinique, la méthode déductive risquerait [illegible] aux faits des constructions de l'esprit, et nous exposerait [illegible]naître une trop grande partie du réel observable.

Le caractère est la somme, ou mieux le système particulier constitué par la [illegible], selon certains rapports, des diverses dispositions psychiques qui se rencontrent dans une personne donnée. Il y a dans tout caractère, de l'inné, constitué par les transmissions [illegible] de tous degrés et les constitutions physiques et mentales propres à l'être naissant; il y a aussi de l'acquis sous l'action des [illegible] naturelles ou sociales, que chaque homme subit et aussi de la réaction de l'intelligence, et de la volonté contre [illegible]ment [illegible]. Les causes qui concourent à la formation du caractère

espèce de suggestion se montre chez eux tout à fait inefficace. Pour ces cas, on se décide parfois, en dernier ressort, à formuler les suggestions curatives après avoir provoqué la narcose chloroformique. Or, le chloroforme présente, à notre point de vue spécial, de multiples inconvénients, complications et même dangers.

Je propose de le remplacer par le somnoforme. Cet anesthésique est inoffensif; il peut être administré sans aucun préparatif, chez tous les individus, jeunes ou vieux, bien portants ou malades, assis ou couchés, déshabillés ou non, avant ou après les repas; il procure un sommeil facile, immédiat et sûr; au bout d'un certain temps, le réveil survient, complet et instantané, sans qu'aucun malaise se manifeste. Un neurasthénique avec phobies était soigné par moi, sans grand résultat, depuis quelque temps; les divers agents hypotaxiques ne parvenaient guère à l'influencer. Il guérit rapidement à la suite de quelques séances de suggestion, faites à la faveur du sommeil somnoformique. La somnoformisation me paraît devoir, absolument et dans tous les cas, remplacer la chloroformisation dans la pratique de la psychothérapie.

Hystérie traumatique guérie par la suggestion hypnotique.

M. Jules Voisin. — Un maçon âgé de vingt-sept ans ressent une violente commotion électrique en montant dans un tramway; il tombe à la renverse et l'on est obligé de le relever. Aussitôt, ses membres inférieurs présentent des secousses qui, bientôt, se propagent à tout le corps. Cet état dure depuis plusieurs mois; le malheureux est incapable de se livrer à aucun travail et il est dans la misère. Il présente des stigmates manifestes d'hystérie. Je l'hypnotise et il peut reprendre son travail après la deuxième séance. Quelques mois après, à la suite de chagrins domestiques, il est repris de ses secousses qu'une nouvelle hypnotisation fait disparaître complètement.

Psychologie d'anormaux, les femmes à barbe.

M. Berillon. — On a noté chez certains aliénés un assez grand nombre de cas dans lesquels le système pileux était assez développé au menton; en outre chez certaines femmes la lèvre supérieure est légèrement ombragée et le menton partiellement garni de poils. Ce n'est pas leur cas que je veux étudier, mais celui des femmes, assez rares, qui ont une véritable barbe, d'aspect nettement masculin; Je vous en fais passer plusieurs photographies. Parmi les femmes qui ont une barbe clairsemée, on trouve fréquemment des viragos à allure, démarche, et sentiments masculins. Au contraire, les femmes qui ont une barbe masculine complète et très abondante sont éminemment femmes par la

structure physique, l'état mental, les sentiments, la moralité, la sexualité, la maternité, leurs organes génitaux sont normaux et leurs époques régulières ; elles sont douces, plutôt timides et recherchent la compagnie des femmes.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Le caractère*; par A. Malapert, 1 vol. in-18 de 300 pages. — Bibliothèque internationale de Psychologie expérimentale (Directeur, Dr Toulouse). O. Doin, éditeur, Paris 1902.

Il ne s'agit pas d'une théorie personnelle du caractère, mais d'une étude historique et critique des travaux consacrés à cette question d'une déconcertante complexité. Ce n'est que depuis une douzaine d'années que les psychologues se sont occupés d'*Ethologie*, dont Stuart-Mill réclamait la constitution dès 1843. Les préoccupations métaphysiques, les tendances de la psychologie ordinaire à ne s'occuper que de généralités, le préjugé légué par le XVIIIe siècle, d'après lequel tous les hommes naissent également amorphes et plastiques, les inspirations de la physiologie et de la sociologie, autant d'influences qui avaient éloigné les savants de l'étude des diversités individuelles. Stuart-Mill ne voyait dans l'Ethologie que la détermination des causes qui produisent les diverses formes de caractère, nous devons y voir en même temps les particularités individuelles sur lesquelles agissent ces causes. A côté de la psychologie générale, qui est analytique, et abstraite, il peut et il doit y avoir une psychologie synthétique et concrète, qui la complètera, et qui sera l'*Ethologie* de Stuart-Mill, la *Caractérologie* de Bahnsen, ou la *Psychologie différentielle* de W. Stern. La méthode qui lui convient est la méthode clinique, la méthode déductive risquerait de substituer aux faits des constructions de l'esprit, et nous exposerait à méconnaître une trop grande partie du réel observable.

Le caractère est la somme, ou mieux le système particulier constitué par la réunion, selon certains rapports, des diverses dispositions psychiques qui se rencontrent dans une personne donnée. Il y a dans tout caractère, de l'inné, constitué par les transmissions héréditaires de tous degrés et les constitutions physiques et mentales propres à l'être naissant ; il y a aussi de l'acquis, sous l'action des influences naturelles ou sociales, que chaque homme subit, et aussi de la réaction de l'intelligence, et de la volonté contre l'élément inné. Les causes qui concourent à la formation du caractère

qu'une classification zoologique. Le D[r] Azam, se plaçant au point de vue objectif, extérieur trouve les bons caractères, les mauvais et ceux qui sont bons ou mauvais suivant les circonstances. B. Perez serre de plus près la question : il y a. pour lui. les vifs, les ardents. les lents et les équilibrés avec des types intermédiaires. Mais ne prend-il pas lui aussi le signe, pour la chose elle-même. Ribot admet les sensitifs, les actifs et les apathiques, qu'il décompose en variétés. Il laisse de côté les amorphes et les instables de nature pathologique. Ribot pèche par excès de simplification. Paulhan, estimant qu'un caractère est déterminé d'un côté par la forme particulière que revêt l'activité de l'esprit, et d'un autre côté par la nature même des tendances. trouve 70 sortes de caractères.

Fouillée les ramène à trois : les intellectuels et les volontaires. Les autres classifications ne sont que les combinaisons des précédentes. L'auteur accepte la distinction en apathiques, affectifs, intellectuels, actifs, tempérés et volontaires.

Nous passons ensuite aux caractères morbides, aux maladies du caractère, qu'il ne faut pas confondre avec le caractère dans la maladie. Le D[r] Boudet en compte trois : l'hypochondrie, la mélancolie, la névropathie, à laquelle Queyrat substitue l'hystérie. Ribot distingue les contradictoires successifs, les contradictoires simultanés et les instables ou polymorphes. Que de normaux alorsse trouvent ainsi classés dans les anormaux et que d'anormaux sont oubliés si l'unité et la stabilité entrent seules en ligne de compte.

L'Ethologie est loin d'être une science définitive ; l'imprécision du vocabulaire psychologique donne lieu aux contradictions en partie apparentes des théories énoncées. L'accord se fait cependant sur l'objet et la méthode de cette science nouvelle, ce qui est important.

Le livre de M. Malapert est l'œuvre consciencieuse d'un psychologue documenté ; les diverses théories émises avant lui y sont exposées avec autant d'impartialité que de concision, et les discussions auxquelles il les soumet témoignent d'un esprit véritablement scientifique. M. Malapert ne s'arrête pas à l'observation subjective, il vante avec raison les avantages de l'expérimentation, et ne dédaigne pas, comme tant d'autres, l'aide de la psychopathologie pour éclairer la psychologie normale : la *Bibliothèque internationale de Psychologie expérimentale* vient de s'augmenter d'un volume de haute valeur. J. BOYER.

II. *Oreille et hystérie ;* par FLEURY-CHAVANNE. (Th. Lyon 1901.

Le travail très important de M. Chavanne intéresse à la fois les otologistes et les neurologistes. Il comprend trois parties. Dans la première, après un historique de la question, l'auteur met au point la question si délicate de l'acoumètrie. La deuxième partie

est consacrée à l'étude du syndrôme otique de l'hystérie. Les travaux de Walton, de Thomas et Oppenheim, de Lichwitz, de Gradenigo, y sont analysés.

Les observations personnelles de l'auteur, montrent l'absence de rapport constant entre les troubles de la sensibilité cutanée et ceux de la sensibilité acoutisque ; l'existence d'hypoesthésie acoustique chez les hystériques, alors même qu'ils ne présentent aucun trouble de la sensibilité, apparait évidente dans la plupart des cas. L'auteur passe en revue les caractères de cette diminution de l'acuité auditive. Nous signalerons l'absence habituelle d'hypoexcitabilité à la réaction galvanique, contrairement aux notions admises à la suite de Gradenigo; l'absence ordinaire de phénomènes auriculaires subjectifs, ceux-ci, lorsqu'ils existent, étant sous la dépendance d'une affection de l'oreille; le rôle d'appel important pour la localisation de la névrose, joué par les lésions auriculaires. Ce rôle, peut en effet, être assez considérable pour éveiller une hystérie latente et servir d'agent provocateur à des troubles localisés, non seulement sur l'oreille, mais encore sur d'autres points de l'organisme.

La troisième partie comprend des faits d'hystérie auriculaire monosymptomatique dans lesquels l'élément auriculaire, s'il n'est pas toujours l'unique symptôme, domine du moins absolument la scène hystérique. La surdité, la surdi-mutité, la surdi-cécité, la surdi-muti-cécité sont ici la traduction de phénomènes d'anesthésie.

L'hyperesthésie est représentée par les algies otiques : hyperacousie douloureuse et hyperacousie hystérogène; zônes hystériques; vertige de Ménière hystérique extrêmement rare et pouvant revêtir parfois la forme apoplectique; otalgie; algie mastoïdienne (pseudo-mastoïdite).

L'étude des otorragies hystériques et celle de l'hystéro-traumatisme de l'oreille terminent ce travail sur les rapports de l'oreille et de l'hystérie. G. Carrier.

III. *Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Normandie;* par R. Leroy (Broch. 85 p., in-8, Evreux 1902).

La Normandie est ravagée par le café pris à la mode locale et représentant de 30 à 200 grammes d'alcool pour un café pris par un individu, sous forme de gloria, pouce-café, rincette, consolation, etc. On y prend encore un mélange de cidre et d'eau-de-vie chaud ou froid, appelé phlipp. Indépendamment de cette consommation locale et de celle du cidre, le vin, l'eau-de-vie commune, l'absinthe, le cognac y fraternisent avec l'eau-de-vie de cidre. Du cabaret, l'alcool est passé dans la famille, le nourrisson au biberon n'y échappe pas plus que l'enfant qui va à l'école avec de l'eau-de-

vie dans son panier et qui chez lui dans la proportion de 1 sur 3 prend de l'eau-de-vie régulièrement après chacun de ses repas. L'eau-de-vie de cidre frappe particulièrement la mémoire. La consommation alcoolique est passée dans l'Eure de 8.652 hectolitres en 1827 à 56.652 en 1891, alors que le chiffre de la population a diminué. Cette augmentation tient à l'établissement, en 1875, du privilège des bouilleurs de cru et à la loi de 1880 autorisant l'ouverture des débits sur simple déclaration. L'Eure a toujours eu une consommation alcoolique plus élevée que le reste de la France, en 1827, elle avait 2 litres d'alcool à 100° par tête et par an contre 1,12 pour la France; en 1898 elle avait 16 litres à 100° contre 4,28 pour la France. Dans un petit village de 300 habitants, les débitants vendent 100 litres d'eau-de-vie par mois, Il y a dans l'Eure un débit pour 72 habitants soit un débit pour 25 adultes. La bière était la boisson d'autrefois en Normandie détrônée assez tard par le cidre alors que le vin n'y a jamais été dédaigné. La population a fondu sous le flux de l'alcool; l'Eure avait 425 078 habitants en 1841, elle n'en a plus en 1896 que 340 652 soit une diminution de 1 500 par année. La criminalité y a doublé depuis 30 ans. De 1835 à 1897 les suicides ont passé de 44 à 172. Les frais d'assistance des aliénés sont allés de 141 000 francs en 1869 à 267.000 en 1895.

F. B.

IV. *Les aliénés devant la justice;* par F. Pactet et H. Colin. 1 vol. in-12, *Encyclop. d'aides-mémoire.* Paris, Masson, 1902.

Laissant de côté tout ce qui a trait à l'appréciation de la capacité civile, les auteurs ne se sont pas proposés de faire un manuel de médecine légale des aliénés; ils envisagent l'aliéné au point de vue des actes délictueux qu'il a pu commettre. Ils montrent que trop souvent il est considéré par les tribunaux comme responsable de ses actes et que dès lors il n'échappe pas aux rigueurs de la loi; malgré le texte de l'article 64 du Code pénal qui déclare qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou qu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. Il s'agit donc ici d'une étude des aliénés méconnus par les tribunaux et par suite victimes d'une injustice grave. Que l'on accuse les médecins de se montrer trop sensibles au malheur de ces condamnés souvent inconscients, souvent très dangereux, ceci n'empêche qu'il ne suffit pas de les empêcher de nuire d'une façon quelconque. Ces pauvres diables ont des familles sur qui retombent lourdement et cruellement l'oprobe et le déshonneur de la condamnation d'un de leurs membres, taches auxquelles ces familles auraient échappé si, au lieu de la peine infamante, les magistrats avaient formulé une ordonnance de non lieu et appliqué un régime non déshonorant d'internement du malade. En passant en revue les actes les plus fréquents des aliénés: vols, meur-

tres, délits érotiques, incendies et la genèse de ces faits, les auteurs examinent les causes de la non reconnaissance de l'irresponsabilité dans les jugements trop rapides des flagrands délits, dans les cas de défaut d'expertise médicale, de rejet de cette expertise quand elle a eu lieu, et de refus d'expertise de la part des magistrats. Le livre se termine par l'exposé de nombreux faits cliniques dans lesquels les poursuites judiciaires ont été manifestement exercées contre des aliénés dont le délit était un symptôme de leur état d'aliénation mentale. Ce livre est non seulement didactique et scientifique mais il a encore une portée plus large en démontrant l'urgence d'une importante réforme dans l'application de la justice. Un second volume traitant des aliénés dans les prisons complètera cette intéressante étude. F. BOISSIER.

V. *Alienados nos Tribunaes;* par J. DE MATTOS (1 vol. in-12 de 300 p., nombreuses fig. dans le texte. Lisbonne 1902).

Cet ouvrage est entièrement clinique. En dehors de la préface, qui propose des réformes pour la législation et l'enseignement en Portugal, il n'y a pas un seul chapitre de dissertation théorique. Le plan très mûri, très net, très scientifique a été complètement et exclusivement rempli avec des observations choisies parmi les plus typiques. Cette construction particulière rend le livre très captivant et facile à lire. Il traite par ordre de fréquence de chacun des délits ou crimes les plus fréquents au cours de l'aliénation et dans une seconde partie, il s'occupe des cas civils. Parmi les crimes contre les personnes on remarque un meurtre commis au cours d'un accès de manie transitoire guéri au moment du jugement, un autre meurtre accompli avec une soudaineté brutale habituelle aux épileptiques, le malade s'étant acharné sur le cadavre de la victime dont il a bourré la bouche et le vagin avec toutes sortes d'objets, faits dont il ne conserve aucun souvenir. Ce sont enfin des crimes du même genre, des voies de fait ou des viols exécutés par des mélancoliques avec délire de possession, des persécutés, des déments, des imbéciles, des idiots, enfin des incendies, des vols dont un commis par un imbécile sous l'impulsion d'un autre individu. Suivent des cas d'incapacité à tester, de non-validité de testaments et de donations, d'interdictions, etc. Chaque cas est suivi d'une discussion et d'une explication spéciale avec indications bibliographiques. F. BOISSIER.

VI. *Memoria de la section de Lombres* et *Memoria de la section de Mujeres de la casa de orates de Santiago;* par J. CASTRO SOFFIA et O. ECHEGOYEN (deux fascicules in-8. Santiago du Chili, 1902).

Organisation et statistique de l'asile d'aliénés de Santiago du Chili. Cas cliniques spéciaux et faits médico-légaux. Remarques thérapeutiques. F. B.

VARIA.

ASILES D'ALIÉNÉS ; CONCOURS DE L'ADJUVAT.

Le concours d'adjuvat des asiles publics d'aliénés de France, réorganisé par l'arrêté ministériel du 9 mai 1902[1], s'est ouvert, au Ministère de l'Intérieur, le 10 novembre dernier et s'est terminé le 24 du même mois. Le jury était composé de la manière suivante : Président : M. le Dr Drouineau, Inspecteur Général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur; Membres titulaires : M. le Dr Mairet, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Montpellier; le Dr Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse; le Dr Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux; le Dr Magnan, médecin en chef de l'Asile clinique (Sainte-Anne); le Dr Rousset, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône); le Dr Anglade, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne); membre suppléant : M. le Dr Giraud, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Trente-six candidats (36) s'étaient fait inscrire pour ce concours mais vingt (20) seulement ont été admis aux épreuves orales à la suite desquelles onze ont été déclarés par le jury aptes à être nommés médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés, savoir : MM. les Drs Mercier, Capgras, Simon, Lagriffe, Aubry, Coulonjou, Parant, Vernet, Gimbal, *Ex-æquo* : Masselon, n° 1, Malbois, n° 2.

Textes des questions choisies par le jury (Sorties ou non sorties de l'urne) au cours des épreuves écrites et orale.

PREMIÈRE ÉPREUVE ÉCRITE : (Anatomie et physiologie du système nerveux). Les nerfs de la langue. — *Questions restées dans l'urne :* 1° Les centres corticaux; 2° Le neurone.

DEUXIÈME ÉPREUVE ÉCRITE : (Organisation des Asiles publics d'aliénés et législation). Placement et sortie dans les asiles publics et privés (Législation). — *Questions restées dans l'urne* : 1° Quelles sont les obligations respectives des directeurs, directeurs-médecins et médecins-adjoints dans les asiles publics d'aliénés? Dans quelles circonstances et dans quelles conditions les médecins-adjoints sont-ils appelés à suppléer leur chef de service? 2° De la responsabilité des directeurs et médecins en chef des asiles publics et privés, dans le cas de suicide, d'évasion et d'accidents graves, ainsi que dans les sorties d'essai?

[1] Voir cet arrêté dans le numéro de juillet 1902 des *Archives* (p. 71).

Épreuve orale : (Question portant sur la médecine et la chirurgie en général). (5 séances). — Première séance. — *Questions sorties :* Point de côté; fracture du col du fémur. — *Questions restées dans l'urne* : 1° Rétrécissement de l'œsophage (médecine et chirurgie); 2° Insuffisance hépatique (symptômes et diagnostic). Mal perforant plantaire.

Deuxième séance. — *Question sortie :* Symptômes et diagnostic du goitre exophtalmique. — *Questions restées dans l'urne :* 1° Symptômes et traitement de l'appendicite; 2° Complications cardiaques du rhumatisme. Rétrécissements de l'urèthre.

Troisième séance. — *Questions sorties :* Symptomatologie de l'intoxication saturnine. Hydrocèle, étiologie, diagnostic et traitement. — *Questions restées dans l'urne* : 1° Séméiologie des vomissements. Hernie étranglée ombilicale ; 2° Diagnostic des céphalées, fistules anales : symptômes, diagnostic, traitement.

Quatrième séance. — *Questions sorties* : Hématurie : Etiologie et traitement. Dyssenterie. — *Questions restées dans l'urne* : 1° Diagnostic différentiel de la rougeole et de la scarlatine à la première période ; fracture de la base du crâne ; 2° pathologie et diagnostic du zona. Diagnostic et traitement des fractures de l'olécrane.

Cinquième séance. — *Questions sorties :* Cirrhose hépatique : étiologie et diagnostic. Rétrécissement de l'œsophage. — *Questions restées dans l'urne :* 1° Pleurésies purulentes : médecine et chirurgie ; 2° méningite tuberculeuse : symptômes et diagnostic, fracture du maxillaire inférieur.

Comme on le voit, ce concours pèche par l'absence de toute épreuve de *clinique mentale*.

Asile d'aliénés de la Seine : *Concours de l'Internat en médecine.*

Ce concours a commencé le 1er décembre à l'Hôtel de Ville. *Jury* : M. Bourneville, Courtois-Suffit, Dupain, P. Garnier, Mauclaire, Toulouse et Vigouroux, 18 candidats étaient inscrits, 16 ont pris part à la *question écrite*, laquelle était : *Luxation de l'épaule ; complications de la fièvre typhoïde.* Questions restées dans l'urne : Symptômes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac; et plaies de l'abdomen ; Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë et étranglements herniaires. La première séance de lecture a eu lieu le 3 décembre : M. Damaye, 23 ; M. Danjan, 23; M. Vincent, 21 ; M. Bour, 25. — Séance du 4 décembre : MM. Violet, 25 ; — Audan, 20; — Halberchstald, 24 ; — Lœw, 18. Séance du 6 décembre; M. Privat de Fortunié, 25. — M. Artarit, 21 ; M. Pascault, 17. — Séance du 8 décembre ; M. Duhem, 20; — M. Charpentier, 26 ; — M. Dromard, 29.

Epreuve orale. (Sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, 15 minutes de préparation, 15 minutes d'exposi-

tion, 20 points). — Séance du 12 décembre : *Nerf spinal*. Questions restées dans l'urne : Cordons postérieurs ; Région rolandique. MM. Audan, 13 ; Charpentier, 15 el Damaye, 11 ; Bour, 16 ; Dromard, 19 ; et Artarit, 14. — Séance du 13 décembre : *Région rolandique*. Questions restées dans l'urne : Nerf moteur oculaire commun ; Racines postérieures. M. Halberchtaldt, 16 : — M. Danjean, 18. — Séance du 16 décembre : *Racines postérieures*, Questions restées dans l'urne. Nerf moteur oculaire commun ; Plancher du quatrième ventricule. M. Privat de Fortunié, 15 ; M. Viollet, 16.

Question de garde (séance du 7 décembre) : *Diagnoslic et traitement de l'occlusion intestinale*. Questions restées dans l'urne : Des signes de l'accouchement imminent ; soins à donner à la parturiente ; Diagnostic et traitement de l'hémoptisie. Ont obtenu : M. Artarit, 12 ; — Charpentier, 11 ; Danjan, 11 ; Damaye, 13 ; — Audan, 10 ; — Violet, 11 ; — Privat de Fortunié, 12 ; — Dromard, 14 ; — Bour, 15 ; Haberchtaldt, 13. — Le jury a proposé le classement suivant : internes titulaires, MM. Dromard, 62 points ; Bour, 55 ; Haberchtaldt, 53 ; Danjan, 52 ; Charpentier, 52 ; Privat de Fortunié, 52 ; Violet, 52 ; Damaye, 47 ; Artarit, 47 ; — Interne provisoire, M. Audan. — En terminant : le jury a émis plusieurs vœux : 1° Que les *étudiantes* en médecine soient admises à concourir pour l'internat des asiles à la condition d'être affectées à la division des femmes ; — que la première épreuve *orale* portant sur l'auatomie et la physiologie du système nerveux soit transformée en épreuve écrite ; — 3° qu'il soit accordé deux minutes de reflexion avant l'épreuve de la *question de garde* et que cette question porte sur la *médecihe*, la *chirurgie* ou l'*obstétrique* : 4° que le concours de l'internat des asiles ait lieu après le concours de l'internat des hôpitaux afin d'avoir un plus grand nombre dé candidats.

Les Aliénés en liberté.

Suicide d'un officier. — « Hier matin, dit la *Tribune de Nevers*, du 20 novembre, vers sept heures, M. le capitaine Fauchon *s'est suicidé* dans la cour de son logement, rue de Paris, 21, en se tirant un coup de revolver dans la tête. Le malheureux capitaine, qui a eu la tête traversée de part en part, n'a succombé que vers une heure de l'après-midi. Il était marié et père de trois enfants. Le capitaine Fauchon comptait vingt-sept ans de service : il était chevalier de la Légion d'honneur et à la veille d'être promu chef de bataillon. *Il paraît que depuis un mois il donnait des signes de dérangement cérébral* et l'on a tout lieu de croire que c'est dans un accès de fièvre chaude qu'il s'est tué .» D'où la nécessité de *surveiller* et de *traiter* de suite les troubles mentaux de ce genre.

Folie incendiaire. — L'auteur des incendies qui ont détruit une dizaine de maisons à Montauban vient d'être arrêté : c'est un jeune *fou*, Jean-Marie Pagès, âgé de dix-sept ans, qui appartient à une très honorable famille de Fabas. Le malheureux a énuméré, le rire aux lèvres, les divers incendies qu'il avait allumés. Il a été soumis à l'examen d'un aliéniste. (*Le Matin*, 2 août.)

Suicide d'un aliéné. — On a trouvé pendu à un pommier, près de son habitation, le sieur Eugène Bourée, trente-cinq ans, jardinier au château de Saint-Denis-Maisoncelles, près Bény-Bocage. Le malheureux était, depuis quelque temps, atteint du délire de la persécution. Il laisse une veuve et deux enfants. (*Bonhomme Normand*, 21 novembre 1902). — Le Bon Sauveur de Caen, asile privé faisant fonction d'asile public, n'a pas de place pour les aliénés du Calvados, mais en a un assez grand nombre pour les aliénés du département de la Seine.

Disparition. — La préfecture fait publier l'avis suivant :

« L'intervention de l'autorité administrative est réclamée dans un intérêt de famille en vue de rechercher le sieur François Billaud, âgé de soixante-quatorze ans, disparu de la commune de Sainte-Soulle vers le 20 juillet dernier. Signalement : taille élevée, portant toute la barbe, taches sur la figure, vêtements en mauvais état, *facultés intellectuelles très affaiblies*, atteint de la *manie de la persécution.* Les personnes qui pourront fournir quelques renseignements sur le sus-nommé sont priées de les transmettre à la préfecture. (*Petite Gironde*, 21 septembre).

Les drames de la folie. — Une scène tragique s'est déroulée hier 12, rue Marcadet. Dans un petit logement du troisième étage de cette maison habitait une marchande de légumes, Mme Marie N..., âgée de trente ans. Mme N... est mère d'une mignonne fillette de huit ans, la petite Georgette. *Depuis quelque temps*, la marchande de légumes *donnait des signes de dérangement cérébral* : « Je ne sais pas ce que j'ai, disait-elle parfois à ses voisins, ma tête me semble lourde, lourde comme si j'avais un poids énorme sur le crâne. »

La nuit dernière, vers quatre heures du matin, les habitants de l'immeuble étaient réveillés en sursaut par un bruit formidable et des cris de terreur provenant du logement occupé par Mme N... ; on accourut ; la porte était fermée intérieurement. On l'enfonça, et les voisins se précipitèrent dans la chambre à coucher. Là, un terrible spectable s'offrit à leur vue.

La *folle* avait brisé à coups de hache tout son mobilier. Elle avait ensuite pris dans son berceau son enfant endormi, et l'avait étendue sur un tas de bois qu'elle avait auparavant arrosé de pétrole. Elle dansait autour du bûcher en poussant des éclats de rire. Ter-

rorisée, l'enfant suppliait : « Maman, petite mère chérie, ne me fais pas de mal, dis ! » On mit fin à cette scène en désarmant la pauvre femme. Elle a été envoyée à l'infirmerie spéciale par le commissaire. La petite Georgette a été recueillie par des parents (*Petite Gironde*, 21 septembre 1902).

Un drame de la folie. — D'après une dépêche de Privas du 12 septembre : « Un horrible drame de la folie vient de se produire à Toulaud. La femme Marthe Servant, âgée de trente ans, mariée à un agriculteur, avait éprouvé un tel chagrin de la mort de ses parents, que ses facultés mentales en furent ébranlées. Sa folie empira encore du jour où elle devint mère, et elle essaya à maintes reprises de tuer son petit enfant ; mais, étroitement surveillée, elle ne put exécuter son funeste projet. Grâce à des soins dévoués, une amélioration se produisit dans son état, et ses proches crurent à sa guérison et ils se relâchèrent de la surveillance exercée sur elle.

« Hier matin, elle fut prise d'une crise furieuse qui attira les voisins. Ceux-ci, sachant le mari absent, voulurent pénétrer chez elle ; mais comme ils allaient franchir la porte, la femme Servant, absolument nue, se précipita dans la rue en brandissant un couteau sanglant dont elle menaça les personnes attirées par ses cris. Se doutant du drame qui avait dû s'accomplir, les voisins pénétrèrent dans la maison ; l'enfant gisait inanimé sur le sol au milieu d'une mare de sang. Il avait la tête et le corps tailladés de coups de couteau. Les voisins se mirent à la poursuite de la femme Servant qui, tournant son arme contre elle, se déchira le corps à coups de couteau. Epuisée par le sang perdu, la malheureuse tomba inanimée dans la rue. Malgré les soins qui lui furent prodigués elle expira au bout de quelques instants » (*Petite Gironde*, 13 septembre 1902).

Une arrestation mouvementée. Un commissaire de police blessé. — La nuit dernière, écrit-on de Rodez à la date du 12 septembre, le commissaire de police fut avisé, à la sortie du théâtre, de la présence à Rodez d'un fou dangereux, qui descendait à ce moment la rue Beteille. Le commissaire, accompagné de l'agent Viala, courut aussitôt rue Beteille, et, rencontrant l'aliéné, le pria doucement de le suivre ; mais le fou, résistant et essayant de fuir, le commissaire et l'agent furent obligés d'engager avec lui une lutte très vive, à la fin de laquelle l'aliéné fut conduit au poste ; mais, l'émotion passée, le commissaire constata qu'il avait un poignet foulé, tout le haut du corps couvert de contusions et les vêtements absolument zébrés de coups de couteau.

Quant à Viala, il avait une côte fracturée et il avait reçu au bas-ventre une blessure extrêmement large, paraissant faite d'un coup de couteau ou d'un coup de rasoir. Les médecins n'ont pu se pro-

noncer sur la gravité de cette blessure ; ils ne pensent pas que l'état du commissaire de police, M. Dezombes, qui, outre sa foulure du poignet droit, a reçu plusieurs contusions, soit extrêmement grave. Quant au fou, qui était un homme de trente-six ans, domicilié à Drulhe et nommé Marc-Antoine, maçon, originaire de ce village, il a été admis d'urgence à l'asile des aliénés. L'arme dont il s'est servi pour frapper le commissaire et l'agent Viala, était un rasoir, qui a été trouvé, au point du jour, sur le terrain de la lutte. (*République nouvelle*, 13 septembre 1902).

Le désespoir de la boulangère. — On a fait grand bruit sur les causes du suicide d'une boulangère de la rue du Val-de-Grâce. Voici à quoi se résument les faits :

Deux jeunes époux, M. et Mme Dufois, venaient exploiter, il y a trois mois, une boulangerie, 18, rue du Val-de-Grâce. Quelques temps après l'installation, Mme Dufois donna des *signes fréquents d'absence et d'aliénation mentale*. Plusieurs fois elle déclara qu'elle en avait assez de la vie et qu'elle se suiciderait bientôt. Le boulanger n'avait jamais attaché d'importance à ces propos.

Or, Mme Dufois possédait, entre autres choses auxquelles elle tenait beaucoup, deux magnifiques chats angoras. Ce furent ces bêtes qui amenèrent un drame dans le ménage. Les deux chats avaient voué une haine mortelle à un superbe lapin blanc que le concierge de la boulangère élevait avec un soin jaloux. Saisissant le moment où le rongeur s'était endormi devant sa cage, nos deux matous bondirent sur lui et l'étranglèrent net. Cris, pleurs de la concierge qui exigea, malgré les compensations pécuniaires, la mort immédiate des criminels. On dut en passer par où elle voulait. Malgré le désespoir de la boulangère, M. Dufois acheta donc chez un pharmacien du cyanure de potassium et le donna à sa femme, qui devait préparer les boulettes destinées à ses favoris.

Puis il sortit pour vaquer à ses affaires. Lorsqu'il revint, une demi-heure après, il trouva sa femme couchée raide morte dans sa chambre, au pied de son lit. Elle avait avalé un verre plein de disssolution de cyanure de potassium. M. Carpin, commissaire de police du quartier du Val-de-Grâce, a procédé aux constatations d'usage. (Journaux du 1er septembre 1902).

La folle du parvis Notre-Dame. — Les fidèles qui sortaient, hier, de Notre-Dame, après la messe de onze heures, étaient fortement surpris de voir, au milieu de la place du Parvis, à califourchon sur un bourricot pelé, une femme d'un certain âge, vêtue d'un costume de cycliste, et tenant un balai à la main. « Mon père, s'écriait-elle, meurt ce soir à l'Hôtel des Invalides, par la volonté de Dieu ; et moi, seconde Jeanne d'Arc, je suis, par la volonté de Dieu, envoyée pour délivrer Paris de tous les Anglais qui y pullulent ! »

Amenée non sans peine, au milieu d'une foule énorme, au com-

missariat de police du quai aux Fleurs, la pauvre folle a déclaré se nommer Ernestine G..., âgée de quarante-cinq ans, et demeurer 27, rue Mouffetard. M. Briy l'a dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Drames de l'alcoolisme.

Folie alcoolique. — M. Barré, boulanger à Lisieux, avait à son service un nommé Piel, âgé de trente-deux ans, qui devenait fou lorsqu'il avait bu, et cela lui arrivait souvent. Un jour de la semaine dernière qu'il avait bu plus que d'habitude. Piel se mit à casser tout chez son patron. Il n'a pas fallu moins de cinq hommes pour se rendre maître de ce fou furieux qu'on a conduit en prison dans une voiture, après l'avoir enveloppé et ficelé dans une couverture (*Bonhomme Normand*, 21 novembre 1902). — Pourquoi en *prison* et non à l'*hôpital ?*

Une brute déchaînée. Assommé d'un seul coup. — Arras, 29 septembre. — A la suite d'un accès de folie alcoolique, le sujet belge Welle, vingt-quatre ans, a frappé dans le village de Tilloy-les-Mofflames, avec un couteau, plusieurs jeunes gens qui rentraient chez eux. Welle menaçant un nommé Chasseuraa, ce dernier, en cas de légitime défense, lui asséna un tel coup que Welle eut la colonne vertébrale brisée. Il a expiré ce matin (*Le Journal* du 30 septembre 1902).

Ivrogne brûlé. — Dimanche, vers minuit, un incendie s'est déclaré à Valsemé, près Pont-l'Evêque, dans une maison occupée par Pierre Lenot, cinquante ans, ouvrier maréchal. La maison a été entièrement brûlée, ainsi que tout le mobilier qu'elle renfermait. Pertes, pour le locataire, 2 000 francs, pour le propriétaire, 1 000 francs. Lenot, profitant de l'absence de sa femme, partie à Dives chez son gendre, s'était énivré ; il a été retrouvé entièrement carbonisé dans la cuisine, près la cheminée. On suppose que Lenot sera tombé d'où sa femme l'avait retiré une fois déjà. Lenot passait pour boire un litre d'eau-de-vie par jour, et quelle eau-de-vie ! (*Bonhomme Normand*, 12 décembre 1902).

Effet de l'hérédité alcoolique.

Le professeur Demms, de Stuttgart, a étudié dix familles de buveurs et dix familles de tempérants durant un laps de temps de douze ans. Les 10 premières familles produisirent ensemble 57 enfants. 25 de ceux-ci moururent pendant la première semaine de faiblesse, convulsions. œdème cérébral, etc. 6 étaient idiots, 5 étaient rabougris, de véritables nains ; 5 devinrent plus tard épileptiques, 1 garçon eut une chorée grave, terminée par de l'idiotie, 5 avaient des maladies ou difformités congénitales : chorée, hydrocéphalie, bec-de-lièvre, pied-bot. Deux des épileptiques sus-

dits devinrent buveurs. 10 seulement soit 17,5 p. 100 montrèrent pendant leur enfance un développement physique et intellectuel normal. Les 10 familles tempérantes eurent 61 enfants. De ceux-ci, 5 moururent en bas-âge de faiblesse, 4 eurent dans les dernières années de leur jeunesse des maladies nerveuses curables, 2 seulement manifestèrent des défectuosités nerveuses congénitales. Les 50 autres, soit 81 p. 100 étaient complètement normaux de corps et d'esprit. (*La Policlinique* du 1er novembre 1902).

Assistance des aliénés dans les familles.

Une séquestration. — Une dépêche de Vienne au *Daily Express* annonce que l'on vient de découvrir une affaire de séquestration dont la victime est, depuis quatorze ans, tenue enfermée dans une étable à cochons, par son frère, qui veut s'approprier sa part d'héritage. Le coupable est un riche fermier et sa victime, par suite de cette longue captivité, a totalement perdu la raison et l'usage de la parole. Elle était dans un état de malpropreté repoussant, marchait sur ses mains et ses genoux comme les bêtes, et mangeait par terre comme les porcs. C'est le hasard qui a fait découvrir ce cas horrible de séquestration dont l'auteur a été arrêté (*Petit Parisien,* 5 septembre 1902).

Séquestration. — *Enchaîné pendant trois ans.* — Sous ce titre, le *Journal* du 8 octobre publie le fait suivant : « La police a découvert à Dolcero un jeune homme appartenant à une très riche famille qui, depuis trois ans, était enfermé et enchaîné dans un souterrain, où il ne recevait pour toute nourriture qu'un peu d'herbe. Le malheureux était presque nu et dans un état de prostration lamentable. Son père et ses deux frères ont été arrêtés »

Séquestrée pendant douze ans. — Le Tribunal correctionnel de Bagnères-de-Bigorre vient, après des débats mouvementés, de condamner à trois mois de prison les époux Cadéac, de Dovèze, inculpés d'avoir *séquestré pendant douze ans*, en la tenant enchaînée sur son lit, leur nièce, Armandine Sabathée, *hystérique inoffensive* (*L'Aurore* du 23 novembre 1902).

Assistance des épileptiques.

Sous ce titre : *Une mort horrible*, la *Petite Gironde* du 17 septembre relate le fait suivant :

Une scène effroyable s'est déroulée, hier après-midi, boulevard Diderot, à Paris. Un jeune homme a été complètement broyé par un rouleau compresseur à vapeur du poids de 27 000 kilos, devant de nombreux témoins, qui, impuissants à intervenir, ont assisté, terrifiés, à l'épouvantable spectacle. Vers deux heures et demie, le mécanicien Derrienic conduisait un compresseur sur le côté droit

du boulevard nouvellement empierré quand, soudain, à la hauteur du numéro 70, le mécanicien ressentit un choc, tandis que des passants poussaient des cris d'effroi. Bien que sa machine ne s'avançât qu'avec lenteur, il ne put arrêter aussitôt, fit encore quelques mètres, puis descendit. Le mécanicien aperçut alors, étendu à plat ventre sur le sol, un homme littéralement aplati. Seules, la tête et les jambes étaient intactes. Des épaules aux cuisses, le corps avait été affreusement broyé.

M. Boutineau, commissaire de police, appelé pour procéder aux constatations, fit transporter le cadavre au poste de la rue Traversière, puis chercha dans les poches de la victime quelques pièces d'identité. Il trouva différents papiers au nom de Louis Gasse, ouvrier tapissier, âgé de trente-trois ans, domicilié rue du Faubourg-Saint-Antoine. Le malheureux habitait cette adresse avec sa mère, employée dans une fabrique de sièges, rue Moreau. C'est là que la pauvre femme a appris la fin tragique de son fils. Elle est venue le reconnaître au poste. Le corps a été ensuite transporté à son domicile.

Malgré les déclarations faites par les témoins, qui affirment avoir vu Louis Gasse se jeter sous le rouleau, il se pourrait fort bien qu'il ne s'agît pas d'un suicide, mais d'un accident. *Le malheureux, en effet, était sujet à des crises terribles d'épilepsie.* Hier matin même, terrassé par son mal, Louis Gasse était tombé sur la chaussée, rue de Montreuil, et avait failli être écrasé par une voiture. Quand l'accident s'est produit, le tapissier venait de sortir de l'hôpital Saint-Antoine, où il était en traitement. Il se peut donc qu'à nouveau il ait été victime d'une crise au moment où il passait près du rouleau. L'enquête a établi que le mécanicien ne pouvait matériellement pas apercevoir le malheureux qu'il a écrasé, celui-ci étant tombé à 50 centimètres environ de la lourde machine.

La Lanterne du 3 décembre rapporte le fait suivant : Henri Séchet, âgé de vingt-six ans, épileptique, à demi-idiot, habitant Irré-le-Polin (Sarthe), a trouvé la mort dans d'horribles circonstances. Le pauvre diable avait élu domicile dans une vieille maison en ruine, dont il ne subsiste plus guère que le four, très vaste, où Séchet couchait et dans lequel il n'hésitait pas à allumer du feu.

Une voisine inquiète de ne pas voir l'*idiot* eut l'idée de se rendre aux ruines. Elle trouva le malheureux en proie à d'horribles douleurs. Un médecin, mandé en toute hâte, constata que l'infortuné portait des brûlures au dos, à la poitrine, à l'abdomen et au ventre. Pendant cet examen médical, Séchet rendit le dernier soupir. On suppose qu'il se sera endormi alors que le feu était encore allumé dans le four et que, pendant qu'il était en proie à sa *crise d'épilepsie*, ses vêtements se seront enflammé.

INTELLIGENCE DES CHIENS.

« Lord Avebury révèle, dans un article, la nouvelle méthode si simple, inventée par lui, pour apprendre à lire à son propre chien. Il avait commencé par prendre deux morceaux de carton de dimensions égales ; sur l'un il écrivit le mot « manger », il laissa l'autre sans aucune inscription.

« Ceci fait, le premier carton fut placé sur un plat contenant du pain et de la viande et le second sur un plat vide. Dix jours après, l'intelligent animal réussissait déjà à comprendre lequel des deux cartons était valable. Aussitôt lord Avebury renouvela l'épreuve avec divers cartons sur lesquels il écrivit : « boire, os, eau, sortir, etc. Peu à peu, il parvint à se faire apporter le carton indiquant la chose que l'animal désirait et il réussit à lui enseigner une centaine de mots.

« Aujourd'hui, le chien peut, tous les jours, demander ce qui lui plait le mieux et tenir, avec son maître, une conversation aussi élémentaire qu'alimentaire. » (*Moniteur de l'hygiène publique* du 1er novembre 1902.) — C'est là un procédé employé par Itard pour le *Sauvage de l'Aveyron* et par nous pour des idiots qui ne savent pas lire mais reconnaissent l'*image* du mot, comme ils reconnaissent l'image d'un animal.

FAITS DIVERS.

NÉCROLOGIE. — Le Dr A.-M. RAÏCHLINE, mort il y a quelques mois, était né en Russie en 1865 d'une famille israélite. Il fit ses études successivement aux gymnases de Bobrouïsk et de Moguileff. Il entra ensuite à la Faculté de Médecine de l'Université de Varsovie. Il termina ses études à l'Université de Moscou où il obtint en 1888 le grade de médecin, se rendit ensuite à Paris, à Berlin et en Suisse, s'installa définitivement à Paris où il fut reçu docteur avec une thèse intitulée : « *Contribution à l'étude clinique de la syryngomyélie.* » Il s'adonna plus spécialement à la neuro-pathologie et suivit assidûment les leçons cliniques de Charcot puis celles du professeur Raymond. A la section des maladies nerveuses et mentales du douzième Congrès international de médecine, il fit deux communications, l'une sous ce titre : « *Quelques considérations sur le traitement du tabes dorsal* », l'autre *Sur le priapisme nocturne chronique*. Il a publié pendant plusieurs années, dans la *Revue neurologique*, de nombreuses analyses des travaux russes concernant la neurologie. Enfin il a publié régulièrement le compte

rendu des séances de la Société de neurotogie et de psychiatrie de Moscou dans les *Archives de Neurologie.* C'est à ce titre que nous devons rendre un dernier hommage à sa mémoire.

SERGE SOUXHANOFF.

NÉCROLOGIE.— Nous apprenons à l'instant la mort du professeur KRAFTELING; le célèbre spécialiste pour les maladies nerveuses est mort hier à Gratz.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mouvement en novembre.* — M. GUILLOT, directeur de l'Asile clinique est promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr PELISSIER. médecin-adjoint à l'asile de Pierrefeu (Var) est nommé à l'asile de Marseille (poste créé).

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le professeur JOFFROY a commencé le cours de clinique des maladies mentales le lundi 17 novembre 1902, à 2 heures et demie, à l'amphithéâtre de l'asile clinique (Saint-Anne) et le continue les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Maladies du système nerveux : M. Pierre MARIE, agrégé; mercredi à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses et mentales des Enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures et demie.

ASILE DE VILLEJUIF. *Tramway du Châtelet.* Service de M. TOULOUSE, Le mercredi matin, visite du service et présentation des malades intéressantes.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Il sera ouvert le vingt janvier 1903, à la Maison Nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine), un CONCOURS pour l'Internat dudit Etablissement. On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison Nationale des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

NOUVELLE CLINIQUE DES MALADIES NERVUSES.— L'Université de Buda-Pest vient de fonder une clinique de maladies nerveuses et a désigné comme professeur le célèbre neurologiste E. JENDRASIK (*Ungar Mediz. Presse*, (10 octobre).

ASILE D'ALIÉNÉS DE VENISE. — *Traitement révoltant des aliénés.* — On est indigné en Italie, dit l'*Aurore* du 3 décembre 1902, des traitements révoltants employés par les religieuses envers les malades de la maison d'aliénés de notre ville. Les faits sont si graves que l'on croit que l'autorité religieuse elle-même demandera à ce que les coupables soient punies sévèrement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Algmbert Goget (J.-G.). — *L'internement des aliénés criminels*. In-8° de 208 pages. J.-B Baillière, éditeur.

Asile public d'aliénés d'Auxerre, rapport administratif pour l'année 1901. Auxerre, 1902. Typographie Ch. Mélay.

Bechterew. — *Ueber paradoxe pnpillenreaction und ueber pupillengerude fasern im gehirn*. Extrait du *Deutschen zeitschrift fur Nervenheilkunde*. Leipzig, 1900.

Bechterew. — *Ueber die darstellung der Ruckenmarksystyme mit hulfe der entwichelungsmethode*. Extrait des *Archiv. fur anatomie und physiologie*.

Bechterew. — *Uebep die corticalen secreiorischen Centra der wichtigten verdanungsdrüsen*. Extrait des *Archiv. fur Anatomie Physiologie*.

Bechterew. — *Ueber eine besondere im kindesaler auf trebenae affection des nervensystems mit motorischen Störungen und schwachsinn*. Extrait du *Centralblatt für nervenheilkunde und psychiatrie*. Coblenz.

Bechterew. — *Die schen vor fremdem blicke*. Extrait du *Centralblatt fur nervenheilkunde und psychiatrie*. Leipzig, 1902.

Bechterew. — *Ueber objective symptome der störungen der sensibilitÄt bei den togen, traumatischen Neurosen*. Extrait du *Monatsschrift psychiatrie und neurologie*. Berlin, 1902.

Bechterew. — *Ueber objective symptome localer hyperasthesie und anasthesie bei den tog. traumatischen neurosen und bei hysterie. — Ueber acute cerebellare ataxie. — Myotonie, eine krankheit des stoffwechsels. — Ueber die psychischen, schluckstörungen (Dysphagia psychica). — Ueber reflexe un autlitz-und kopfgebiete. — Ueber zwangserbrechen. — Ueber die bedeutung des scapulo-humeralreflexes. — Ueber ein weinig bekanntes fasersystem an der peripherie des anterolateralen abschnittes des halsmarkes. — Ueber den augereflex und orbicularisreflex*. Extraits du *Neurologisches Centralblatt*.

Bechterew. — *Ueber anfälle von zwangslachen, begleitet von tonischen krampfen und zucken un linken arm*. Extrait du *Deutschen medicinischen Wochenschrift*.

Bohden-Lippspringe. — *Die therapeutische Bedeutung des ichthyolsalicyls*. Extrait du *Allg. internat. med. rundschau*.

Chipault (A.). — *Etat actuel de la chirurgie nerveuse*. T. Ier. In-8° de 800 pages avec 230 figures. Paris 1902. Rueff éditeur. Prix : 25 francs.

A. Courvon (A). — *Education, traitement et assistance des enfants anormaux*. In-8° de 16 pages, 1902. Prix : 1 franc.

Deny (G.) et Roy (P.). — *La démence précoce*. In-18 de 96 pages (Actualités médicales). Prix : 1 fr. 50; J.-B. Baillière, éditeur.

De Frumerie.— *La gymnastique de chambre sans appareil.* 1 vol in-12 de 106 pages avec 32 figures. Librairie A. Maloine, 23-25, rue de l'Ecole de Médecine. Prix.

Farquhar Buzzard. — *Uniradicular palsies of the brachial plexus.* In-8° de 318 pages.

Forty-ninth Annal refort Pensylvania trainig School for Feeble-Minded children.

Fontanelles (J.-P.). — *De la folie morale. — Des degrés dans la responsabilité morale.* In-8° de 62 pages. Toulouse 1902. Lagarde et Sebille imprim.

Faucher (E.). — *Rapport médical; compte moral et administratif pour l'exercice 1901; Asile public de la Charité-sur-Loire.* In-8° de 74 pages. Nevers, 1902. Mazeron fr. imprim.

Garnier. — *Rapport médical; Compte moral et administratif présenté pour l'année 1901; Budget de l'exercice 1903; Asile départemental d'aliénés de Dijon.* In-8° de 90 pages. Dijon, 1902. Sirodot-Carré, imprim.

Herman Lundborg (in Upsala). — *Ueber die beziehungen der myoclonia familiaris zur myotonia congenita.* Extrait du *Deutsche zeitschrf. Nervenheilkunde.* Leipzig, 1902.

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Janvier.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 12-1902.

Vol. XV. Février 1903. N° 86.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

Contribution à l'étude des folies par contagion.

Par le Dr GEORGES CARRIER,

Médecin-adjoint de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu (Lyon).

La contagion morbide dans les troubles psychiques peut être définie : l'action de la suggestion exercée par un esprit malade sur un ou plusieurs esprits sains, qui réagissent suivant le terrain qui leur est propre, depuis la simple croyance à l'idée maladive, jusqu'à la manifestation délirante sous toutes ses formes. Cet état, créé par suggestion, a été dénommé dans le cadre nosologique de la folie sous le nom de folie à deux, délire à deux, etc., expression qui ne nous semble pas assez générale, et qu'on pourrait remplacer par celle de folie par contagion.

La définition que nous donnons, en prenant l'élément primordial de ce groupe de folies comme thème, a un premier avantage, croyons-nous, celui de comprendre les nombreuses observations publiées sur ce sujet et de donner un même point de départ aux différentes variétés cliniques qui ont été décrites. Elle a un deuxième avantage, celui d'être générale, la folie à deux n'étant qu'un effet particulier de la suggestion dans la sphère psychique morbide, suggestion qui agit de tant de façons diverses dans la vie psychique normale.

I. — Le délire à deux fut décrit pour la première fois par Baillarger[1] en 1857. Dans ce travail, paru dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1870, l'auteur cite quatre observations de

[1] Baillarger. *Quelques exemples de folie communiquée* (*Gaz. des Hôpitaux, Annales méd. psych.*, 1885, p. 212).

ce genre de folie, qu'il dénomme folie communiquée. MM. Moreau[1] (de Tours) et Dagron[2] publièrent de leur côté quelques rares exemples de délire similaire chez deux individus, sans attacher d'importance à ces faits, et sans en tirer aucune déduction.

En 1868, M. Maret[3], dans sa thèse sur le *Délire des persécutions*, signale en passant le « *délire en partie double*, délire de persécution qu'on rencontre chez des époux ayant longtemps vécu ensemble dans les mêmes tourments de l'esprit ».

Legrand du Saulle[4], en 1871, dans son ouvrage sur le délire des persécutions, signale les idées de persécution communiquées ou délire à deux et à trois personnes. Dans ce genre de délire communiqué, il y a un malade qui domine l'autre ; l'un est le persécuté actif, l'autre le passif.

Lasègue et Falret[5], en 1877, reprenant les idées éparses sur la contagion de la folie, décrivent la folie à deux ou folie communiquée. Ils mettent en évidence trois conditions spéciales pour son apparition : 1° intelligence plus grande de l'individu qui a le délire et qui l'impose progressivement au second, plus faible d'esprit ; le premier est l'élément actif, le second l'élément passif ; 2° nécessité d'une vie commune pour les deux individus, dans le même milieu, avec le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, en dehors de toute autre influence extérieure ; 3° vraisemblance du délire, qui doit reposer sur des faits survenus dans le passé ou sur des craintes ou des espérances conçues pour l'avenir.

M. Régis[6], en 1880, décrit un genre de folie à deux, qu'il dénomme folie simultanée, caractérisé par l'éclosion simultanée d'un délire chez deux prédisposés en contact et subissant des influences nocives communes.

Dans la période qui s'étend de 1881 à 1885, de nombreux

[1] Moreau (de Tours). *La Psychologie morbide*, 2e partie, ch. I, 1859.

[2] Dagron. *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, 1862.

[3] Maret. *Du délire des persécutions*, th., Paris, 1868.

[4] Legrand du Saulle. *Du délire des persécutions*, 1871.

[5] Lasègue et Falret. *De la folie à deux* (*Annales médico-psychologiques*, 1877.

[6] Régis. *Folie à deux ou folie simultanée*, th., Paris, 1880.

travaux parurent, soit en France soit à l'étranger, sur la folie à deux. C'est à M. Marandon de Montyel que revient l'honneur d'avoir décrit les différentes variétés cliniques de folie à deux et d'avoir étudié d'une façon approfondie leur étiologie et leur pathogénie[1]. En 1881, dans un premier article. il distingue trois sortes de folie à deux : 1° la folie imposée, dans laquelle il fait rentrer les observations de Lasègue et Falret. Dans cette forme, comme Lasègue et Falret l'ont dit eux-mêmes, il n'y a qu'un aliéné, un seul halluciné ; 2° la folie simultanée de Régis ; 3° la folie communiquée, dont le terme, créé par Ballarger, avait été repris par Lasègue et Falret pour décrire une forme de folie à deux que M. Marandon appelle folie imposée. Ce qui caractérise la folie simultanée et la folie communiquée, c'est l'aliénation des deux codélirants. Dans ce premier article, il croit en outre, que la folie à deux ne peut apparaître que dans le cas de délire de persécution.

En 1882[2], dans un deuxième article, M. Marandon étudie l'étiologie et la pathogénie de la folie communiquée. Il met surtout en évidence le rôle important de la prédisposition. Lehmann[3], en 1885, propose d'appeler la folie communiquée : folie induite ; mais il n'apporte aucun document nouveau à l'histoire des folies par contagion.

A partir de 1892, parurent de nombreux travaux sur la contagion mentale morbide et sur les formes de folie qu'elle engendre.

M. Pronier[4], dans son intéressante thèse sur la contagion de la folie, soutient que la folie imposée de Marandon n'est que le premier degré de la contagion des folies non impressionnantes, c'est-à-dire des folies systématisées, où l'individu contaminé le serait en deux temps : simple croyance au délire dans le premier temps, incorporation du délire dans le deuxième.

[1] Marandon de Montyel. *Contribution à l'étude de la folie à deux* (*Annales médico-psychol.*, 1881, p. 28).

[2] Marandon de Montyel. *De l'imitation dans ses rapports avec la folie communiquée* (*l'Encéphale*, 1882, p. 581.

[3] Lehmann. *Zur Casuistik des inducirten Irreseins* (*Arch. für Psych. und nerv.*, Baud XIV, Helft I, p. 145.

[4] Pronier. *Etude sur la contagion de la folie*, th., Lausanne, 1892.

M. Marandon[1] publie de nouveau une observation de folie multiple partiellement communiquée, d'où il tire cette double conclusion : que dans les cas de folie multiple, le sujet actif ne communique au sujet passif que la folie à laquelle ce dernier est prédisposé ; que d'autre part, la folie communiquée évolue par elle-même sans être influencée par la séparation des deux codélirants.

M. de Bœck[2], dans une communication à la Société de médecine mentale de Belgique sur la contagion de la folie, tout en admettant les trois variétés de folie à deux, de Marandon, rattache la folie imposée à la folie communiquée. Il considère la première comme une forme de transition avec la normale.

M. Kinkel ne croit pas que les groupes individualisés de la folie à deux soient bien tranchés. M. Jœrger divise les contaminés en deux catégories, et considère la transmission de la maladie d'une part, de l'autre la simple reproduction de ses manifestations extérieures, qui est pour lui un phénomène de suggestion hypnotique. Citons aussi l'article de M. Paul Moreau (de Tours) et le livre de M. Seppio Siegheli, sur le crime à deux.

Mais la publication la plus instructive au point de vue clinique est celle de M. Arnaud[3] (de Vanves). Il admet, comme Lasègue, Falret et Marandon la même étiologie et la vraisemblance du délire. Comme ce dernier, il reconnaît les trois formes cliniques décrites ; mais pour lui la folie imposée se distingue de la folie communiquée par l'intensité de la transmission et, au point de vue clinique, par la persistance de la maladie chez le sujet passif dans cette dernière après la séparation des codélirants. Il réunit ces deux variétés au point de vue psychologique.

Dans deux nouveaux articles parus en 1894, M. Marandon[4]

[1] Marandon de Montyel. *Folie multiple partiellement communiquée avec dissimulation combinée des deux codélirants* (*Rev. neurol.*, 1893, p. 575.

[2] De Bœck. *De la contagion de la folie* (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1893, p. 416).

[3] Arnaud. *La folie à deux, ses diverses formes cliniques* (*Annales méd.-psychol.*, mai-juin 1893).

[4] Marandon de Montyel. *Des conditions de la contagion mentale morbide* (*Annal. méd.-psychol.*, 1894, t. XIX, p. 266-467).

cherche à mettre au point la question. Il met en évidence les trois grandes conditions de la contagion morbide ; revient sur son opinion première d'après laquelle le délire de persécution seul serait contagieux et montre que toutes les formes délirantes peuvent se communiquer, depuis les formes maniaques pures jusqu'aux délires systématisés. Il s'élève contre la conception de M. Arnaud, qui ne sépare pas assez la folie imposée de la folie commuuiquée, et il en retrace les caractères cliniques[1].

Certains auteurs, et plus particulièrement les étrangers, en Allemagne et en Amérique, ont cherché à créer une forme nouvelle de folie par contagion, la folie induite ou folie transformée, c'est-à-dire la transmission d'idées délirantes d'un aliéné à un autre aliéné. Cette forme, comme l'a dit M. Marandon en 1894, n'est qu'un cas particulier de la folie communiquée et ne doit pas constituer une espèce indépendante.

Depuis 1894, de nombreux mémoires ont paru sur la folie à deux. En général, les auteurs admettent les formes cliniques classées par Marandon : les uns apportent de nouvelles observations de folie communiquée[2], de folie transformée[3], de folie simultanée, de folie gémellaire, que les

[1] Marandon de Montyel. *De la folie à deux et de ses trois grandes variétés cliniques* (*Gaz. des Hôpitaux*, 1894, p. 75, 79, 80, 81).

Legrain. *Contribution à l'étude la folie communiquée* (*Ann. méd.-psych.*, n° 46).

[2] Oscar Woods. *Note sur quelques cas de folie à deux chez plusieurs membres d'une même famille* (th., *Journ. of ment. Science*, n° d'octobre 1897).

Meyer. *Contribution à l'étude de la folie communiquée* (mal. de Korsakoff). (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. LV, f. 3, août 1898).

Burzio. *Un cas de folie à deux* (*R. Academia di medicina di Torino*, 4 juillet 1899).

Gonzalès. *Contribution à l'étude de la folie communiquée* (*Rivis. sper. di freniatria*, an. XXXVII, f. I, p. 57-59, 1900).

E.-A. Hénik. *Un cas de folie à deux* (*Rev. neurol.*, 1898, p. 25).

Jelli. *Folie à deux* (*Boston. med. and Surg. Journ.*, 1900, n° 14).

W. Griffin, *Cas de folie communiquée* (*The Journ. of ment. Science*, janvier 1900).

Meyer. *Contribution à l'étude de la folie à deux et de la folie quérulente* (*Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXIV, fasc. I, 1901).

Kalmus. *Folie à deux ayant donné lieu au divorce* (*Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXV, f. 1, 1901).

[3] L. Finkelstein. *Deux cas de folie par transformation* (*Jahrbücher f. Psychiatrie*, v. XVI, 3e f., 1897).

auteurs tendent à faire rentrer dans le cadre nouveau des maladies mentales familiales (Trénel[1], Fouque[2], Sorel); d'autres, de nouveaux faits cliniques sur la transmission de certains troubles mentaux comme les phobies (Régis[3]), les obsessions et les impulsions (Pitre et Régis), les interprétations délirantes (Sérieux et Capgras).

Dans quelques publications plus générales, les auteurs cherchent à étudier le phénomène psychologique de la contagion mentale morbide, comme Schonfeld[4] et Sorel[5] qui le rattachent à l'imitation; Moutier[6], pour qui la contagion est un fait physique résultant des variations que le sujet malade fait subir au sujet sain dans sa dépense d'énergie; R. Dewey[7] qui insiste sur la prédisposition.

A un point de vue plus large, nous citerons encore les travaux récents de Bechterew[8], de Tarde et surtout celui de Nina Rodriguès[9] sur la folie des foules, où le professeur brésilien développe le rôle important de la suggestion dans la communication des phénomènes psychiques et où il montre bien que la folie communiquée comme la folie des foules relève du même facteur pathogénique.

II. — Pour qu'il y ait folie par contagion, il faut deux éléments pathogéniques principaux : *la contagion et la suggestibilité morbide ou prédisposition.*

Nacke. *Contribution à l'influence mutuelle des aliénés (cas d'infection musicale).* (*Rev. neurol.*, 1902, p. 106).

[1] Trénel. *Maladies mentales familiales* (*Soc. méd. psychol.*, 27 novembre 1899).

[2] Fouque. *Maladies mentales familiales*, th., Paris, 1901.

[3] Régis. *Les Phobies à deux* (*Sem. méd.*, 1896, p. 75).

[4] Schonfeld. *Sur la folie communiquée* (*Rev. neurol.*, 1895, p. 543).

[5] Sorel. *Contribution à l'étude de la folie à deux; rôle de l'imitation dans la contagion de la folie à deux*, th., Bordeaux, 1900-1901.

[6] Moutier. *Contagion de la neurasthénie* (*Rev. neurol.*, 1900, p. 776).

[7] R. Dewey. *Remarques sur la contagion mentale et l'infection héritée ou acquise, avec considération sur quelques mesures préventives de folie et dégénérescence* (*American Journ. of Insanity*, oct. 1899).

[8] Bechterew, *Rôle de la suggestion dans la vie publique* (*Arch. neurol.*, juillet 1901, p. 46).

[9] Nina Rodriguès. *La folie des foules, nouvelle contribution à l'étude des folies épidémiques au Brésil* (*Annal. méd.-psychol.*, 1901, p. 19, 189, 370).

La contagion morbide est la raison d'être de toutes les formes de folie par imposition, par communication, par transmission ou par simultanéité des phénomènes délirants. Elle a été longtemps niée par les auteurs; M. Régis, dans sa thèse soutenue en 1879, donne bien l'opinion de l'époque à ce point de vue. « Je ne crois pas, disait-il, à la communication proprement dite de la folie ; la vésanie transmise de toute pièce n'existe pas, et ce qui se communique, c'est la partie la moins invraisemblable du délire, de telle sorte que l'individu qui la reçoit n'est jamais un aliéné, quoi qu'il fasse. » M. Marandon, dans son article de la *Gazette des Hôpitaux* de 1894, montre bien l'évolution de cette idée de la contagion de la folie. Elle fut développée par Lasègue et Falret en 1873, puis dans les publications de Macey[1], de Maret et surtout de Brunet[2], qui met en évidence la communication du délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe. La contagion mentale fut alors acceptée, mais pour ce seul délire. Plus tard, les travaux de Legrand du Saulle, Nedhans, Savage, prouvèrent que les conceptions délirantes de grandeur et les hallucinations expansives se communiquaient. Enfin, les observations de Nasse[3], de Reverchon et Pagès sur la manie, puis celles de lypémanie communiquée, dues à MM. Lapointe, Kreuser-Schulz, Martinenq, Taguet, prouvèrent que les folies générales comme les folies systématisées pouvaient se transmettre, et la contagion mentale morbide eut droit d'existence.

Cette contagion morbide, avons-nous dit dans notre définition, n'est pas autre chose que la suggestion d'un esprit malade sur un ou plusieurs esprits sains, qui réagissent suivant le terrain plus ou moins prédisposé qu'ils possèdent.

A quoi se réduit cette suggestion ?

Elle peut se réduire à trois facteurs : l'imitation, la persuasion, l'action intermentale ; ce dernier facteur étant, d'après M. Tarde[4], les conditions d'après lesquelles un esprit peut agir sur un autre.

[1] Macey. *De la folie communiquée ou du délire à deux ou plusieurs personnes*, th., Paris, 1874.

[2] Brunet. *Contagion de la folie* (*Annal. méd.-psych.*, 1875).

[3] Nasse. *Etude sur la contagion psychique sporadique chez les proches parents* (*Ann. méd.-psych.*, 1874, p. 163).

[4] Tarde. *L'action intermentale* (*Arch. d'anthrop. criminelle*, 1901, p. 168).

L'imitation, dit M. Marandon, « est le besoin éprouvé par la cellule nerveuse de reproduire ce qui l'impressionne. Il nécessite pour se manifester une impression et une prédisposition normales dans l'ordre physiologique, morbides dans l'ordre pathologique. »

La persuasion est la lente pénétration de la cellule nerveuse par des impressions répétées, qui annihilent les impressions perçues antérieurement et qui la fait réagir dans le sens de l'impression nouvelle.

L'action intermentale[1] consiste dans les conditions physiques (cohabitation), physiologiques (âge, sexe, santé ou maladie, race), psychologiques (intelligence) et sociales (langue, religion, éducation, etc.), d'après lesquelles deux ou plusieurs individus vivent ensemble.

Ces trois facteurs agissent généralement en même temps dans la suggestion morbide, et l'on peut voir des cas où ils sont pour ainsi dire disséqués. Dans d'autres, c'est un des facteurs qui prédomine sur les autres ; ainsi, dans le groupe des folies communiquées, l'imitation prédominera dans les folies émotionnelles ou impressionnantes qui frappent l'imagination comme les manies, les mélancolies, etc. ; la persuasion sera le facteur principal au contraire dans les délires systématisés. Dans les folies simultanées, l'action intermentale jouera le premier rôle. Dans les folies imposées, enfin, ce ne sera plus l'un ou l'autre des facteurs qui variera, mais la résistance à la suggestion.

En effet, si la suggestion morbide est indispensable à l'éclosion des folies par contagion, un autré élément n'est pas moins nécessaire à leur existence ; c'est la suggestibité de l'élément réceptif. Cette suggestibilité dépend essentiellement du terrain récepteur. A l'état sain, tout individu est soumis plus ou moins à des phénomènes suggestifs d'ordre divers par les trois facteurs décrits : imitation, persuasion, action intermentale. Il y résiste différemment ou même peut ne pas y résister du tout. Ce degré de résistance aux suggestions journalières, tient essentiellement au bon équilibre des facultés mentales, qui permet de discerner, relativement au milieu dans lequel on vit, les idées et les faits à accepter ou à rejetter.

[1] Tarde. *Loc. cit.*

Il en est de même au point de vue morbide, et la résistance à la contagion maladive dépendra du bon équilibre et du bon fonctionnement des facultés mentales, en un mot, de l'état du système nerveux central. Si le système nerveux est taré, soit héréditairement, soit d'une façon acquise, il offrira une moindre résistance aux suggestions morbides, les acceptera facilement et sera même capable sous leur influence de réagir à son tour morbidement, ce qui se présente dans les folies communiquées et simultanées.

Suivant le degré de prédisposition, la suggestibilité qui en est la résultante directe sera plus ou moins grande et les suggestions morbides seront acceptées de façon différente. Ce fait est démontré en clinique dans les folies imposées, où la suggestion a moins de prise à cause d'un terrain plus fort et par conséquent plus résistant. On peut donc dire que la résistance est en raison inverse de la prédisposition.

Les deux éléments essentiels de toute folie par contagion sont donc : la suggestion morbide et la prédisposition qui se traduit par la plus ou moins grande suggestibilité des sujets réceptifs.

Le trait d'union entre ces deux éléments essentiels est formé par un troisième élément. l'*impression morbide*, bien mise en évidence par M. Marandon dans son article de 1894 sur les conditions de la contagion mentale morbide. L'impression morbide dépend essentiellement des deux éléments en présence, l'élément suggestif et l'élément suggestible ; du premier, car elle est le résultat de l'action des trois facteurs de la suggestion, du second, car elle n'agit qu'en temps qu'elle s'adresse à un élément plus réceptif ou moins résistant. Elle est en raison directe de la suggestion, c'est-à-dire que plus l'élément contagieux sera suggestif, plus il y aura d'impression ou l'inverse ; mais elle est en raison inverse de la prédisposition, c'est-à-dire que plus l'élément réceptif sera prédisposé, moins il faudra d'impression morbide.

En somme, dans toute folie par contagion, il y a suggestion, impression morbide et prédisposition.

III. — Nous venons de voir les trois éléments essentiels et généraux des folies par contagion ; passons maintenant en revue les causes déterminantes de leur éclosion.

Ces causes peuvent se diviser en trois groupes : un pre-

mier groupe qui accentue l'élément suggestif, un deuxième qui s'adresse à la prédisposition et un troisième à l'impression.

Dans le premier groupe, les causes qui agissent le plus sur l'élément suggestif sont : 1° une longue vie commune aussi intime que possible ; 2° l'ascendant habituel du malade sur le ou les sains d'esprit ; 3° l'action incessante de l'aliéné sur son ou ses compagnons sains d'esprit pour les amener à partager ses conceptions délirantes et ses troubles sensoriels ; 4° la vraisemblance du délire dans les cas de folies systématisées ; 5° l'appât d'un intérêt personnel ; 6° le milieu familial, à cause de son intensité affective et de l'étroitesse des liens qui peuvent unir les individus.

Dans le deuxième groupe, les causes s'adressent à la prédisposition, en l'augmentant généralement. Ce sont la misère, les maladies, les intoxications, les vices débilitants, les excès de toute nature, les chocs d'origine psychique ou physique, enfin les états physiologiques comme la puberté, la menstruation, la grossesse, l'accouchement, la lactation, la ménopause.

Le troisième groupe des causes déterminantes s'adresse à l'impression produite par les phénomènes délirants.

A ce point de vue, on peut diviser les folies en folies impressionnantes et folies convaincantes.

Les folies impressionnantes, qui sont les folies générales comme les manies, les lypémanies, frappent l'imagination et sont d'autant plus contagieuses que le malade paraîtra plus fou. Ce sont d'elles que relèvent les épidémies de folie du moyen âge et celle qu'on a observées et qu'on peut observer encore de nos jours. Dans les lypémanies, ce sont les états anxieux et le délire démonomaniaque qui sont les plus contagieux. Les états maniaques le sont plus rarement.

Les folies convaincantes sont les délires systématisés, qui sont d'autant plus contagieux qu'ils sont moins apparents, comme l'a fait remarquer M. Pronier. Les plus souvent transmises sont les idées de persécution, les idées mégalomaniaques le sont plus rarement. D'autres phénomènes morbides peuvent aussi se transmettre, telles certaines obsessions et impulsions (Pitres et Régis[1]), ainsi que les

[1] Pitres et Régis. *Les impulsions* (*Rev. de Psychiatrie*, mai 1902, p. 208).

interprétations délirantes de la psychose isolée récemment par MM. Sérieux et Capgras[1].

En somme, toutes les formes délirantes peuvent être contagieuses, deux l'ont été plus particulièrement jusqu'ici, ce sont les formes anxieuses de la mélancolie et les idées de persécution.

IV. — Toute folie par contagion se réduit à deux éléments cliniques bien individualisés par les auteurs : un sujet *actif*, élément contagieux, un sujet *passif*, élément réceptif.

Le sujet actif présente, en général, des facultés intellectuelles plus vives, une volonté et une énergie plus grandes que le sujet passif, il est en un mot plus suggestif. Cependant, son intelligence peut ne pas être supérieure et même être inférieure à celle du sujet passif, l'acuité des phénomènes délirants suffit à créer l'état suggestif.

Le sujet passif est un individu dont les facultés intellectuelles sont amoindries à des degrés divers, par une prédisposition soit héréditaire, soit acquise, en un mot, c'est un suggestible. Selon sa prédisposition, il réagira diversement à l'influence de l'élément contagieux. Ou bien, assez résistant, il ne fera qu'enregistrer les impressions morbides sans les conserver longtemps et les rejettera dès que l'influence suggestive aura cessé. Ou bien, après une certaine résistance, il ne se contentera plus de les enregistrer seulement, mais se les appropriera, les développera et les transformera pour édifier à son tour un délire qui prendra un cachet tout personnel.

Dans certains cas, le sujet passif peut agir sur le sujet actif ; mais cette action est inconsciente, elle est due à la résistance plus ou moins grande qu'il offre aux idées délirantes suggestives émises par le sujet actif. Elle a comme résultat de faire évoluer plus rapidement les conceptions délirantes du sujet actif ; c'est ainsi que sous cette influence, dans certains délires systématisés, on voit arriver très rapidement les idées mégalomaniaques ou les réactions délirantes.

Comme MM. Marandon et Arnaud, nous reconnaîtrons trois formes cliniques : la folie imposée, type Lasègue-Falret ; la folie simultanée, type Régis ; la folie communiquée, type Marandon.

[1] Serieux et Capgras. *Anal. méd.-psychol.*, mai-juin 1902.

Dans ces trois formes, les éléments pathogéniques sont identiques ; ce qui varie, c'est l'intensité de l'un ou l'autre des facteurs et plus particulièrement de la prédisposition.

La folie imposée est l'action incessante et répétée du sujet actif, élément morbide suggestif, sur l'élément réceptif, le sujet passif doué d'une certaine résistance, c'est-à-dire d'une faible prédisposition. Les opinions des différents auteurs sont très variables sur la compréhension de cette forme de folie par contagion. Elle a été d'abord la forme décrite par Lasègue Falret, sous le nom de folie communiquée ; M. Pronier la considère comme la première étape de la folie par communication. M. Marandon qui l'a identifiée, admet que ce qui la caractérise, c'est que le sujet passif n'est pas aliéné, qu'il n'est jamais halluciné ; il ne fait que partager les idées délirantes du sujet actif sans y collaborer par lui-même. Pour M. Arnaud, ce qui la différencie, c'est l'évolution du délire chez le sujet passif, une fois qu'il n'est plus sous l'influence du sujet actif. Enfin, M. Nina Rodriguès pense que dans cette forme, on peut avoir de véritables délires transitoires de peu de durée chez les sujets passifs dégénérés.

Notre manière de voir s'appuie surtout sur le degré de prédisposition nécessaire que doit posséder le sujet passif. Ce qui caractérise pour nous la folie imposée, c'est que le sujet passif n'édifie jamais des phénomènes délirants qui lui sont propres, à côté de ceux que lui impose le sujet actif. Les troubles qu'il présente sont toujours identiques à ceux du sujet actif, et d'autre part ont un caractère particulier : celui de disparaître lorsque l'influence suggestive du sujet actif disparaît.

Jusqu'ici, nous sommes d'accord avec les auteurs, et en particulier M. Marandon, mais où nous nous éloignons de sa manière de voir, c'est lorsqu'il considère que le sujet passif ne peut jamais avoir d'hallucinations et qu'il ne doit pas être regardé comme aliéné. Or le sujet passif est toujours un prédisposé suggestible, mais dont le degré de suggestibilité peut varier, depuis la simple croyance naïve aux troubles délirants, jusqu'à l'hallucination. Cette hallucination est en général une hallucination provoquée il est vrai, reproduisant celle du sujet actif et disparaissant par la séparation; mais sa provocation et ses conséquences troublent

trop profondément ses facultés pour qu'il ne soit pas regardé, momentanément du moins, comme anormal. Nous citerons, à ce propos, l'observation d'un jeune homme et d'une jeune femme que nous avons eue l'occasion d'observer récemment.

La jeune femme était une prédisposée débile qui, sous l'empire d'habitudes alcooliques, réalisa un délire alcoolique typique, « idées de persécution et de jalousie, hallucinations de l'ouïe et de la vue, troubles du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale », et devint le sujet actif d'une folie imposée. Le jeune homme légèrement prédisposé lui-même, très suggestionnable quoique assez intelligent, cohabitait avec cette femme depuis plusieurs années et devint l'agent passif après trois mois de résistance. Sa maîtresse lui imposa d'abord ses idées de persécution, puis plus tard ses hallucinations de l'ouïe; il entendait mot pour mot ce qu'on disait à sa maîtresse, c'était les mêmes insultes, les mêmes grossièretés. Au moment où nous avons examiné ce couple, la femme avait commencé à réagir contre ses persécuteurs en allant se plaindre au commissaire et en les menaçant. Le jeune homme était allé lui-même se plaindre au régisseur de l'immeuble qu'il habitait et devait aller aussi chez le commissaire de police; il voulait quitter la maison pour fuir les persécutions dont sa maîtresse et lui étaient l'objet. Ce qui l'amena chez un médecin, ce furent les menaces proférées contre lui par sa maîtresse jalouse et qui l'effrayèrent.

Dans un premier examen, j'essayai de démontrer au jeune homme l'inanité des faits qu'il me racontait et la mauvaise influence de sa maîtresse. Il s'emporta presque, me demandant si je le prenais aussi pour un fou, car il avait assisté à l'examen de sa femme et m'affirma de nouveau avec exaltation la réalité des persécutions que sa maîtresse subissait et des injures qu'on lui adressait. « Il les avait bien entendues. » Je lui fis cependant promettre de ne pas aller se plaindre au commissaire.

Huit jours après, je les revis; la jeune femme présentait toujours la même acuité de ses phénomènes délirants, mais le jeune homme, quoique encore très exalté, me prit à part et me dit qu'il avait réfléchi à ce que je lui avais dit; qu'il n'était pas allé chez le commissaire et qu'il croyait bien que sa maîtresse était gravement malade. Depuis quatre jours, il n'avait plus entendu les injures dont sa femme se plaignait et qu'il lui semblait bien cependant avoir entendues auparavant. « J'étais très exalté », finit-il par me dire. Je lui conseillai alors de faire interner sa maitresse, ce qu'il fit quelques jours après.

Je le revis un mois après l'internement de la femme; il était alors complètement remis et très conscient de la mauvaise influence

de sa maîtresse. La jeune femme sortit guérie après quatre mois d'isolement et de traitement.

Parmi les faits rapidement relatés dans cette observation, cas typique de folie imposée, retenons simplement ceci : que la suggestion morbide peut aller sur le sujet passif jusqu'à l'hallucination provoquée et surtout jusqu'à la réaction.

Doit-on dire dans ce cas, avec M. Marandon, qu'il y a seulement erreur de l'esprit chez le sujet passif, et comment juger les réactions de ce genre de malades? Il nous semble que le fait même de l'imposition d'idées délirantes à un sujet le met dans un état suggestif, un état de dépendance, qui lui aliène en partie, dans certains cas, et totalement dans d'autres ses facultés, ce qui le rend incapable de réagir contre les idées maladives imposées pendant le temps de l'influence suggestive.

En résumé, dans les folies imposées, le sujet passif est celui qui emprunte tout ou une partie des phénomènes délirants du sujet actif, sans jamais rien créer par lui-même. Il doit être considéré pendant ce laps de temps comme étant en dépendance suggestive. Il y a nécessité absolue de le séparer de son codélirant.

La deuxième forme est *la folie simultanée*, bien individualisée par M. Régis, et sur laquelle nous ne nous arrêterons pas. Qu'il nous suffise de dire qu'elle est l'éclosion simultanée d'une même forme délirante et par influence réciproque chez deux prédisposés en contact. Il n'y a plus à proprement parler de sujet actif et de sujet passif; la suggestion morbide agit surtout par action inter-mentale et par imitation inconsciente.

La troisième forme est *la folie communiquée* dont M. Marandon a bien précisé les caractères cliniques. Ce qui la caractérise et la différencie d'une façon très nette de la folie imposée, c'est que le sujet passif, sous l'influence de la suggestion morbide du sujet actif qui réveille sa puissance vésanique, édifie un délire dans lequel certaines idées délirantes lui sont propres et dépendent de son terrain, à côté de celles que lui communique le sujet actif.

Les deux facteurs cliniques sont ici en présence. Le sujet actif aliéné qui agit lentement, mais d'une façon continue, sur celui ou ceux qui deviendront ses codélirants, grâce aux trois facteurs de la suggestion morbide.

Le sujet passif, fortement prédisposé en général, qui reçoit les impressions morbides répétées du sujet actif. Il y résiste d'abord pendant plus ou moins de temps, suivant le degré de sa prédisposition. Mais ces impressions répétées ébranlent petit à petit son état cérébral instable, puis réveillent l'état vésanique latent qu'il avait en puissance et auquel le sujet imprime le cachet spécial de son terrain.

Il passe donc, pour ainsi dire, par *trois périodes successives* dont les deux dernières se confondent : une première période d'ébranlement cérébral qui correspond à l'acceptation des idées délirantes du sujet actif ; une deuxième période de réveil vésanique correspondant à l'éclosion des phénomènes délirants vrais, comme les hallucinations, calqués sur ceux du sujet actif. Enfin une troisième période, se confondant en général avec la précédente, qui correspond à l'éclosion de phénomènes délirants propres dépendant du terrain et qui viennent se surajouter aux premiers.

Il y a donc deux éléments à considérer dans le délire du sujet passif : les idées délirantes qui dépendent de l'influence suggestive du sujet actif, et celles que le sujet passif puise dans son propre fonds.

Cette influence du terrain du sujet passif sur les phénomènes délirants peut faire varier le tableau clinique : ou bien il y a simplement exagération des idées délirantes communiquées qui continuent à évoluer indépendamment du sujet actif et sous la simple impulsion que leur donne la prédisposition du sujet passif; Ou, il y a confusion des deux groupes de manifestations délirantes qui se complètent pour ne former qu'un seul et même délire qui évolue ; Enfin, les phénomènes morbides surajoutés peuvent prendre le dessus et former tout le tableau clinique au milieu duquel disparaissent les troubles communiqués. A ces différents cas, on peut ajouter celui que M. Marandon a publié en 1893, dans lequel le sujet actif atteint de folie multiple ne transmet au contaminé que l'unique délire auquel ce dernier est prédisposé.

Comme la prédisposition du sujet passif, un autre élément, la continuité de la suggestion morbide du sujet actif, peut faire varier le tableau clinique offert par le sujet passif.

Cette continuité de la suggestion agira non seulement sur les éléments du délire qui ont été communiqués, mais aussi et surtout elle augmentera la puissance vésanique du sujet

passif en l'activant sans cesse. Cliniquement, elle aura comme résultat une acuité plus grande des phénomènes délirants et une évolution plus rapide du délire, surtout dans les cas de délires systématisés.

Ce qui prouve cette action, c'est que lorsqu'on sépare les codélirants, il y a au bout de peu de temps une cédation très nette dans l'acuité des manifestations délirantes du sujet passif; son délire continue à évoluer il est vrai, mais sous l'impulsion des seules forces vésaniques qu'il puise en lui-même. Ce fait est très net dans l'observation que nous rapportons plus loin. La séparation des codélirants dans les folies communiquées a donc sa nécessité.

Dans le tableau clinique présenté par le sujet passif, trois éléments sont donc à distinguer : 1° les manifestations délirantes communiquées qui ont été le point de départ du réveil vésanique; 2° les phénomènes surajoutés dus à l'influence de la prédisposition; 3° l'acuité des phénomènes entretenus par la continuité de la suggestion morbide du sujet actif.

En somme, la folie communiquée est caractérisée par la transmission d'idées délirantes d'un sujet actif à un ou plusieurs sujets passifs ; transmission qui est le point de départ et à l'occasion de laquelle la puissance vésanique du sujet passif prédisposé fait son éclosion. Sous cette impulsion, il élabore de ses propres forces des idées délirantes qui évoluent par la suite, même une fois qu'il est séparé de l'élément contagieux.

C'est un aliéné au même titre que le sujet actif.

Pour les raisons que nous avons données, il y a nécessité de séparer les codélirants pour leur traitement.

OBSERVATION [1]. — *Folie communiquée par la fille à sa mère.* — I. — *Agent actif.* — *Dégénérescence mentale avec prédominance d'idées de persécution, illusions et hallucinations multiples, troubles de la sensibilité générale, interprétations délirantes. Excitation et dépression par intervalles. Agent actif d'une folie communiquée à sa mère.*

Mme C. Marie, âgée de 46 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. Son père, alcoolique avéré est mort de

[1] Cette observation, qui a été le point de départ de cette étude, a été prise pendant notre année d'internat dans le service de notre maître, M. Magnan.

maladie indéterminée. Sa mère, prédisposée alcoolique a été internée en même temps que la malade pour des phénomènes délirants nés sous l'influence de ceux de la fille.

Dans ses *antécédents personnels* on relève une érysipèle et de légères habitudes alcooliques. Rien de particulier dans son enfance et dans son adolescence, elle a toujours été une instinctive. Mariée assez jeune, elle a eu trois enfants dont deux sont morts en bas âge, l'un de convulsions, l'autre de gastro-entérite; le troisième, âgé de 26 ans, est au bagne.

Son examen somatique ne présente rien de particulier, c'est une femme grande et bien musclée, qui n'a ni troubles cardiaques ni phénomènes pulmonaires. Elle a des stigmates physiques de dégénérescence, entre autre une asymétrie faciale marquée.

Au point de vue intellectuel, c'est une femme d'une intelligence moyenne, mais d'un caractère vif et énergique, d'une instruction rudimentaire.

Depuis l'année 1899, elle habite avec sa mère qui, ancienne cuisinière, est venue auprès d'elle pour lui faire son ménage, pendant qu'elle travaille à la maison de son métier de couturière. C'est au mois de janvier 1900 que les premiers troubles apparaissent sous l'influence des habitudes alcooliques apportées dans le ménage par la mère, et aussi des soucis que lui donne son fils condamné aux travaux forcés, mais qu'elle dit innocent.

Les phénomènes délirants ont commencé par des interprétations fausses basées sur des illusions, puis rapidement des hallucinations multiples apparurent. Les idées de persécution deviennent de plus en plus marquées avec légère systématisation. « Ce sont des voisins qui habitent au-dessus d'elle qui font du bruit exprès; elle les entend dire en descendant l'escalier: « nous allons faire des misères aux bonnes femmes qui sont en bas et la police ne viendra pas nous chercher ici. » Ces individus font partie d'une véritable association de souteneurs et de filles publiques qui les persécutent, mais elle ne dit pas pourquoi.

Les hallucinations de l'ouïe deviennent de plus en plus intenses et s'accentuent surtout depuis le mois de mai 1900. « Les individus qu'elle entend, parlent de la tuer », et elle emploie des mots d'argot qui lui sont familiers. « Elle sera dure à chouriner, il faudra s'acharner sur elle à coup de scion. »

C'est à partir de cette époque, que la mère, qui jusqu'ici cherchait à la rassurer et à lui montrer la fausseté de ses idées, commence elle-même à être légèrement influencée, mais elle résiste encore. Les discussions qui eurent lieu à ce moment entre les deux femmes semblent avoir donné une nouvelle force aux phenomènes délirants de la malade. En effet, au mois d'août les troubles hallucinatoires augmentent et pour fuir ses persécuteurs, elle quitte son logement pour la nuit et va coucher à l'hôtel, car elle ne peut plus dormir.

Sa mère influencée la suit. Ses ennemis la suivent aussi et prennent la chambre au-dessus d'elle. En effet, la première nuit elle entend de nouveau des menaces de mort avec des insultes grossières. « Aussitôt que tu vas dormir, on va te crampser (tuer) avec ta vieille », et ajoute-t-elle, « ils veulent violer nos cadavres. »

Au mois de septembre elle commence à réagir en disant que *s'ils* continuent, elle mettra le feu à l'hôtel.

Au mois de novembre d'autres troubles sensoriels apparaissent ; ce sont des troubles du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale, l'activité du délire est à son apogée. Il lui semble qu'on lui met dans ses aliments du laudanum ou de la teinture d'iode. On a fait un trou au plafond que l'on bouche pendant le jour et par lequel on fait égouter sur son oreiller un liquide à odeur acre, etc. Il lui semble ressentir des piqures sur le sein gauche. — Pas d'hallucinations de la vue, pas de troubles génitaux.

Au mois de décembre, à la suite de troubles hallucinatoires plus actifs, elle réagit de nouveau ; elle entend dire « qu'on va chouriner son mari et plusieurs autres personnes dont elle cite les noms » ; elle entend la cuisinière du restaurant qui se trouve en bas de chez elle, dire « Oh! elle n'en a plus pour longtemps ». C'est alors qu'elle porte plainte au commissaire de police, ce qui motive son arrestation et son transfert à Sainte-Anne, où elle entre le 25 décembre 1900 dans le service de notre maître M. Magnan.

La mère qui avait suivi sa fille dans son évolution délirante, était entrée dans le même service la veille.

Le certificat du médecin de la Préfecture de police porte : Délire mélancolique avec prédominance d'idees de persécution, hallucinations multiples, insomnies, excès alcooliques. Paraît être l'agent actif d'une folie à deux.

Signé : Dr LEGRAS.

Certificat d'entrée : Dégénérescence mentale avec illusions, hallucinations, interprétations délirantes et idées de persécutions.

Signé : Dr MAGNAN.

Cette malade est restée dans le service de M. Magnan jusqu'au 16 février 1901, puis a été transférée à l'asile de Maison-Blanche. Pendant ce séjour les phénomènes délirants sont toujours très intenses, les troubles hallucinatoires dominent avec de nombreuses interprétations délirantes sous l'influence desquelles elle s'excite par intervalles. Elle présente en outre quelques idées de richesse : « On l'a fait enfermer ici avec sa mère, dit-elle, parce qu'elle doit faire un héritage d'un million d'une tante de Honfleur. »

Elle sait en effet, que sa mère a été internée, mais elle en a été complètement séparée et ne l'a vue que deux fois intentionnellement.

Les deux visites n'ont eu aucune action sur les phénomènes délirants, si ce n'est quelques interprétations nouvelles et un peu de dépression mélancolique, surtout après la deuxième visite qui eut lieu à la fin de janvier et pendant laquelle la mère a essayé de la raisonner. Les idées de persécution restent aussi actives, mais elle ne désigne pas ses persécuteurs, c'est toujours *on*! ou *ils*! — C'est dans cet état qu'elle quitte le service de l'admission, le 16 février 1901.

[1] Jusqu'au mois de janvier 1902, moment où nous l'avons perdue de vue, cette malade est restée persécutée et hallucinée. De nouveaux troubles sensoriels sont apparus du côté des organes génitaux. « On la dénature au physique et au moral. » Au physique, on se livre sur elle à des attentats nocturnes, elle se relève la nuit en injuriant ses persécuteurs; protège ses organes génitaux avec des linges... pour mettre obstacle aux attentats, etc. On la dénature au moral en la faisant passer pour folle et en interprétant, dit-elle, comme une tentative de suicide, l'essai qu'elle a fait de se jeter dans le canal, ce qui, prétend-elle, n'était qu'un simulacre pour voir ce que feraient les infirmières. Elle ne désigne toujours pas ses persécuteurs, elle les dénomme « *ils*! » ou « ceux qui étaient au-dessus de chez elle. » — A la fin de l'année 1901, elle prétend que ses persécutions sont moins fortes qu'au début. Elle se rappelle que sa mère pendant un certain temps la raisonnait à ce sujet, en lui disant de n'y pas faire attention. Si on lui demande ce qu'elle est devenue, elle dit que le médecin lui a annoncé son transfert, mais elle a entendu dire qu'elle était toujours à l'asile. Elle a bien reçu des lettres de sa mère qui est à Dun, mais elle ne sait que croire. Malgré ses affirmations, ses idées de persécution persistent. Son état général est resté bon, mais elle présente des troubles vaso-moteurs de la face et des mains.

La malade qui fait le sujet de cette observation présente un délire de dégénéré banal. Un point sur lequel nous appelons l'attention, c'est qu'elle n'a jamais eu d'hallucinations de la vue. Elle devient le sujet actif d'une folie qu'elle communique après plusieurs mois à sa mère qui est une prédisposée alcoolique chronique avec commencement d'affaiblissement intellectuel. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que l'on y retrouve tous les éléments que doit présenter l'agent actif suggestif, dans toute folie communiquée. Elle nous montre aussi l'évolution rapide du délire sous l'influence de la résistance du sujet passif et son évolution ultérieure après la séparation des deux malades.

[1] Les renseignements suivants sont dûs à l'amabilité de mon collègue et ami, le Dr Ameline.

II. — *Agent passif. Alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel, hallucinations de l'ouïe et de la vue et idées de persécution. Agent passif d'un délire communiqué par sa fille.*

Mme G..., cuisinière est âgée de soixante-quinze ans.

Antécédents héréditaires. Son père est mort à quatre-vingt ans Sa mère est morte à quarante-neuf ans de tuberculose pulmonaire. Parmi ses frères ou sœurs, deux frères sont morts en bas âge, une sœur s'est suicidée (asphyxie au charbon); une autre sœur est morte à quarante ans d'affection indéterminée.

Dans les antécédents personnels, on ne relève pas de maladies infectieuses, mais de nombreux excès alcooliques. Mariée à un individu alcoolique avéré, elle a eu quatre enfants dont trois sont morts : un à douze mois de variole, un a quinze mois et un autre à huit jours de convulsions. Le quatrième est l'agent actif de cette observation.

Mme G..., s'est toujours bien portée; elle fut placée comme cuisinière et a toujours travaillé régulièrement jusqu'au commencement de l'année 1899, époque à laquelle elle vient habiter avec sa fille qui travaille chez elle. Elle fait de loin en loin encore quelques extra, mais reste la plupart du temps auprès de sa fille dont elle fait le ménage.

Elle a toujours été d'un caractère assez doux, mais influençable; par intervalles elle est violente et irritable, sous l'empire sans doute de ses habitudes alcooliques.

Elle vivait donc depuis un an déjà avec sa fille lorsque cette dernière commença en janvier 1900 à présenter des troubles mentaux. Pendant les quatre premiers mois, elle cherche à la rassurer en tâchant de lui montrer l'inanité de ces persécutions imaginaires. Mais plus elle cherche à la raisonner, plus les conceptions délirantes prennent de force et elle-même au mois de mai 1900 commence à avoir les mêmes préoccupations.

Elle se demande d'abord si sa fille n'a pas raison, s'il n'y a pas effectivement des persécuteurs autour d'eux. Frappée de plus en plus par ce qu'elle lui entend dire, elle résiste cependant encore pendant tout le mois de mai, mais au mois de juin les hallucinations font leur entrée en scène et viennent donner corps à ses préoccupations.

Le délire de Mme G. est copié sur celui du sujet actif; ce sont les mêmes idées de persécution, les mêmes hallucinations avec les mêmes mots d'argot, les mêmes interprétations; à cela s'ajoute le cachet particulier de la malade qui est alcoolique et dont l'intelligence commence à s'affaiblir. Nous relevons des phénomènes d'ordre purement alcoolique, des hallucinations de la vue et des troubles somatiques; d'autre part son affaiblissement intellectuel

donne aux interprétations délirantes une allure plus mièvre et plus naïve.

C'est le même genre d'*idées de persécution :* « C'est un voisin, se disant livreur au chemins de fer, qui habite au dessus, qui a commencé à les persécuter. Il est venu s'installer au début de l'exposition et court toute la nuit avec sa femme. Parfois il ramène plusieurs femmes avec qui il fait du bruit toute la journée. Ils sont ainsi toute une bande qui ne se montre pas et qui les suit partout. Ils pénètrent chez elle quand elle sort avec sa fille, défont les lits, salissent leur eau etc. » Comme le sujet actif, elle conclut qu'elles ont affaire à une bande de souteneurs et de filles publiques qui s'entendent pour les faire arrêter et veulent les faire disparaitre.

Les hallucinations de l'ouïe sont semblables : « elle entend ces individus frapper au plafond ; » c'est l'homme en question qui dit derrière sa fille : « j'ai tout ce qu'il faut pour la servir, elle ne sera pas manquée » ou d'autres grossièretés. Une autre fois, elle les a entendu dire « il faut les crampser parce qu'elles en connaissent trop. » Le mot crampser dont elle ne connalt pas la signification est emprunté au sujet actif. Elle les a entendu aussi se vanter d'avoir couché avec sa fille après l'avoir endormie avec du chloroforme, etc...

L'influence de l'agent actif se faisant sentir d'une façon continue elle présente des troubles du goût et de l'odorat. « Ses persécuteurs lui envoyaient de mauvaises odeurs, ils introduisaient dans le mur toutes sortes de saletés qui sentaient l'urine, la viande ou les œufs pourris. Ils ont essayé de l'empoisonner aves des grains de pavot réduits. »

A ces différents troubles calqués sur ceux du sujet actif viennent s'ajouter ceux qui dépendent de son terrain particulier. Elle a des insomnies, des cauchemars, des craintes et des frayeurs, elle rêve qu'on court après elle pour la tuer ; elle a des hallucinations de la vue assez intenses. Il lui semble voir au clair de lune un fantôme qui la regarde, elle décrit ses vêtements (il avait un gilet noir et une chemise blanche) et elle ajoute : « J'ai fait le signe de la croix et il s'en est allé en vapeurs. » Elle aperçoit pendant la nuit des lumières rondes de couleurs variées (violet, jaune, vert) ; elle n'a jamais eu de zoopsie.

Depuis l'apparition des hallucinations, elle ne combat plus les idées délirantes de sa fille ; l'une et l'autre se communiquent leurs persécutions, mais tandis que celles de la fille s'incorporent au délire de la mère, la fille reste indifférente à celles de sa mère. C'est ainsi qu'elle n'a jamais eu d'hallucinations de la vue. Il semble même que cette communication des idées délirantes entre elles ait produit le même effet que la résistance de la mère au délire de la fille pendant les premiers mois. En effet, c'est à partir du mois d'août, moment où le délire du sujet passif est entré dans

une phase active, que le sujet actif commence à réagir : « il va d'abord coucher à l'hôtel huit jours puis menace d'y mettre le feu si les persécutions ne cessent pas. »

Jusqu'au mois de décembre, l'état morbide ne fait qu'augmenter, jusqu'au moment où la fille porte plainte au commissaire de police. La mère fait avec elle la même démarche qui la fait interner à Sainte-Anne le 24 décembre 1900.

Le certificat de la Préfecture de police porte : « Alcoolisme chronique, affaiblissement intellectuel, hallucinations, persécutions imaginaires. Signé : Dr Legras.

Le certificat d'entrée : Léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations, idées de persécutions, excitation passagère.
Signé : Dr Magnan.

A son entrée, Mme G..., présente à côté des phénomènes délirants que nous avons cités, de l'affaiblissement intellectuel caractérisé surtout par un défaut de mémoire assez prononcé. Elle connaît mal son âge et l'année; elle calcule très difficilement.

Légèrement excitée, dès qu'on l'interroge elle se met à pleurer, mais avec instabilité dans l'état émotif. Il est facile de la distraire de ses préoccupations par quelques paroles banales et alors elle sourit et se confie d'une manière enfantine.

En somme, apathie intellectuelle avec excitation légère sous l'influence de ses hallucinations. Elle a des étourdissement et des crampes dans les bras et les jambes depuis dix mois, du tremblement des doigts.

Séparée de sa fille dès le premier jour, elle présente après la première semaine une cédation assez marquée dans l'acuité des phénomènes délirants; l'excitation est complètement tombée, les hallucinations de l'ouïe sont un peu moins intenses et lorsqu'on lui parle de ses idées de persécution, elle met toujours en avant sa fille dont elle raconte toutes les misères. Ses hallucinations de la vue et ses frayeurs persistent encore mais faiblement grâce à la privation d'alcool.

Le 8 janvier le certificat de quinzaine porte : Léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations et idées de persécution en voie de décroissance. Signé : Dr Magnan.

L'excitation étant tombée, elle commence à s'occuper dans le service. A cette époque on lui fait voir intentionnellement sa fille avec laquelle elle reste une matinée presque entière. Remise ainsi sous l'influence de l'agent suggestif toujours aussi délirant, ses idées de persécution reprennent plus d'acuité ainsi que ses hallucinations de l'ouïe. Elle nous dit dans la soirée de ce même

jour « qu'elle a entendu une voix qui sortait du plafond lui dire : « on va couper les mains de ta fille, etc. » Les hallucinations de la vue restent au contraire toujours très faibles et semblent de plus en plus s'atténuer.

Sous l'influence de cette visite, les phénomènes délirants ont repris un peu plus d'acuité et l'empêchent de s'occuper pendant deux jours. Puis peu à peu elle reprend son travail, les hallucinations deviennent de plus en plus rares, mais elle conserve toujours les mêmes idées de persécution. A la fin de janvier après une deuxième visite à sa fille, elle présente une nouvelle crise hallucicinatoire qui dure quelques jours, les idées de persécution sont les mêmes. Ainsi les deux visites de l'agent actif semblent avoir influencé l'agent passif et donné une nouvelle force à ses phénomènes délirants. M[me] G..., est transférée à l'asile de Maison-Blanche le 16 février 1901 en même temps que sa fille. Le certificat de transfert porte : Léger affaiblissement intellectuel avec idées de persécution. Signé : D[r] MAGNAN.

D'après les renseignements que nous avons eus, la malade est restée cinq mois à l'asile de Maison-Blanche, puis a été transférée le 14 juillet 1901 à la colonie de Dun-sur-Auron où elle a été suivie par notre collègue et ami le D[r] Truelle de qui nous tenons les renseignements qui suivent :

Pendant son séjour à Maison-Blanche M[me] G..., a toujours été séparée de sa fille qu'elle ne voyait que de temps à autre pendant une demi-heure. Ses persécuteurs ne l'y ont pas suivie, mais elle conserve les même idées de persécution. Elle a quelques idées délirantes nouvelles qu'elle puise dans son propre fonds : « Les infirmières commandaient les folles de la battre, du moins elle le pense car elle les voyait rire; on lui laissait exprès les croisées ouvertes pour la rendre malade, etc. « Les hallucinations de l'ouïe et de la vue ont disparu.

Elle entre le 12 juillet 1901 à la colonie de Dun. A *son entrée* elle raconte « que depuis sept mois elle est sous les verrous ; qu'on lui a volé son linge et ses meubles, qu'on lui garde son argent. On lui a pris son petit-fils et sa fille ; C'est la police. » Elle conserve ses premières idées de persécution. Elle met toujours sa fille en avant dans le récit de son délire.

Séjour à la colonie. — Pendant les premiers jours, elle demande des nouvelles de sa fille qu'on martyrise, et qui est peut-être morte là-bas. On la rassure et on la distrait facilement car elle conserve toujours la même instabilité dans l'état émotif. Elle écrit souvent à Maison-Blanche pour avoir des nouvelles de l'absente. Facile à diriger, elle se plait assez à la colonie, mais réclame de temps à autre sa sortie sans grande suite dans les idées.

Au mois de décembre 1901, elle est tout à fait acclimatée, parle moins de sa fille. Il faut l'interroger à ce sujet, elle n'en parle plus guère spontanément comme avant. Son état intellectuel semble avoir baissé, la mémoire est plus défectueuse et elle est satisfaite d'elle-même. Affectivité et raisonnement débiles. A cette époque, elle reçoit des nouvelles de sa fille et apprenant qu'elle a peur, toujours peur, elle répond : « Que tout le monde a ses peines sur la terre, que chacun a sa voix, que sa fille se mette à aller bien et tout le monde sera tranquille. »

Elle raconte son ancien délire comme par le passé en y mélangeant l'histoire du cadavre découpé. trouvé aux environs du Père-Lachaise dont elle a entendu parler. Elle croit toujours à la réalité de ses anciennes persécutions, mais elles n'ont pas continué et depuis son séjour à la colonie il n'en est pas né de nouvelles. Elle conclut : « ici on est bien tranquille, si ma fille était là, on travaillerait toutes les deux dans la lingerie ».

Ce cas de folie communiquée fait bien ressortir la pathogénie et l'évolution clinique de cette affection. Il met en évidence l'influence réciproque des deux sujets et la nécessité de leur séparation.

Influence du sujet passif sur le sujet actif, qui par sa résistance augmente et fait évoluer plus rapidement le délire du sujet actif.

Influence du sujet actif sur l'agent passif : 1° par le réveil de la prédisposition héréditaire et acquise du sujet passif, qui élabore, comme peut le faire un alcoolique chronique, un véritable délire qui évolue avec ses éléments principaux puisés chez l'agent actif (idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, etc.) et ses éléments surajoutés puisés dans son propre terrain d'alcoolique (hallucinations de la vue, frayeurs, etc.) ; 2° par la reviviscence des troubles délirants du sujet passif sous l'influence suggestive de l'élément actif.

A la folie communiquée on doit rattacher la folie induite ou transformée des auteurs étrangers, qui n'est qu'un cas particulier de cette dernière forme.

C'est l'influence suggestive morbide d'un aliéné sur un autre aliéné. Le sujet actif transmet ses conceptions délirantes, ses hallucinations, ses réactions à un ou plusieurs sujets passifs déjà délirants. Le phénomène pathologique est identique à celui de la folie communiquée et ses conditions pathogéniques sont les mêmes; nous ne nous y arrêterons pas.

V. — Au point de vue du traitement des folies par contagion, sans nous arrêter à la thérapeutique des phénomènes délirants, variables pour chaque cas, il nous semble que la seule indication importante est l'isolement, la séparation des codélirants, indication qui a sa raison d'être dans toutes les formes que l'on a décrites.

Nous avons vu, en effet, qu'elles relèvent des mêmes conditions pathogéniques ; que l'action des impressions suggestives se faisait sentir tant que les malades étaient en commun, en donnant une plus grande acuité aux phénomènes délirants et en augmentant la puissance de la prédisposition.

Dans les folies imposées, les sujets passifs ne délirent que sous l'influence de la suggestivité morbide des sujets actifs. Leur séparation fera disparaître très rapidement chez les premiers les phénomènes délirants qui ne sont que des phénomènes de suggestion.

Dans les folies communiquées, bien qu'on ait à faire à des sujets passifs véritablement aliénés, et dont le délire évolue même après la séparation, celle-ci fait tout au moins disparaître l'influence de la continuité de la suggestion morbide qui a, comme nous l'avons vu, de fâcheux résultats sur les sujets passifs.

Quant aux folies simultanées, dont nous n'avons pu observer de cas, sans vouloir émettre une opinion d'accord avec nos idées, il serait intéressant de voir si la continuité de l'action suggestive réciproque des codélirants n'a pas une action sur l'acuité et l'évolution de leur délire. Il semble donc bien que l'indication importante dans le traitement des folies par contagion, soit de soustraire les sujets à leur influence morbide réciproque.

VI. — Sans étudier longuement les considérations médico-légales que peut faire naître la question des folies par contagion, il est un fait cependant qui demande à être approfondi. C'est la condition médico-légale des sujets passifs, dans les cas de folie imposée.

Tous les auteurs, sauf récemment M. Nina Rodriguès[1], les considèrent comme responsables de leurs actes. Com-

[1] Nina Rodriguès. *Loc. cit.*

ment, cependant, considérer comme responsables de leurs actes des individus qui, sous l'influence suggestive d'autres individus, perdent le libre jeu de leurs facultés, et par conséquent de leurs déterminations, à tel point qu'ils sont incapables, pendant un certain laps de temps, de corriger les idées qui leur sont imposées et qui peuvent les entraîner à des actes légalement répréhensibles.

C'est ainsi que, dans l'observation de folie imposée que nous avons rapportée, le jeune homme, sous l'influence suggestive de sa maîtresse, aurait pu aussi bien frapper un de ses voisins, plutôt que d'aller se plaindre à son propriétaire des persécutions dont il était l'objet. Dans ce cas, il nous semble que cet individu était parfaitement irresponsable de l'acte qu'il aurait pu commettre.

Nous croyons, en effet, que dans les folies imposées, les sujets passifs doivent être considérés comme étant en état suggestif, état qui aliène pendant le temps seulement où ils sont sous l'influence suggestive leurs facultés directrices et leur puissance de correction. Pendant ce laps de temps, ils doivent être, au point de vue médico-légal, considérés comme absolument irresponsables.

Dans les folies simultanées et communiquées, la question n'est pas à discuter, puisque les codélirants sont aliénés.

Conclusions. — 1° Les folies à deux doivent être comprises dans une dénomination plus générale, celle de *folies par contagion ou suggestion morbide.*

Cette appellation s'appuie sur la pathogénie de ce groupe de troubles mentaux et a l'avantage de comprendre dans un même terme, tous les cas de phénomènes psychiques qui ont comme point de départ la suggestion morbide, depuis les folies communiquées jusqu'aux folies des foules ; 2° il y a nécessité de séparer les codélirants dans toutes les formes de folie par contagion ; 3° il y a nécessité de considérer, au point de vue médico-légal, les sujets passifs des folies imposées comme étant en état suggestif et par conséquent irresponsables tant qu'ils sont dans cet état.

PATHOLOGIE MENTALE.

Des obsessions et impulsions[1] (Syndromes épisodiques chez les dégénérés).

Par le Dr SOUTZO (fils), de Bucarest.

La dégénérescence, décrite par Morel, mais surtout bien définie de nos jours grâce aux travaux de M. Magnan et de son école, se traduit au dehors par un certain nombre de signes physiques et psychiques classiques, généralement groupés sous la dénomination commune, des stigmates.

Le rôle dévolu aux stigmates psychiques, tel qu'il a été envisagé par le savant aliéniste de Sainte-Anne, constitue aujourd'hui une vérité doctrinale d'une importance incontestable. Ces stigmates se présentent comme des épisodes survenant dans la vie de l'individu dégénéré, mais faisant cependant corps avec son état mental. M. Magnan leur a, à juste titre, donné le nom de *syndromes épisodiques*.

Nous croyons nécessaire de rappeler dès à présent que sur ce point les avis des aliénistes sont encore partagés ; quelques-uns considèrent ces phénomènes morbides comme des troubles liés à une forme spéciale de neurasthénie (Kraepelin) (Régis) ; d'autres, comme un symptôme intellectuel *de la pathologie générale*, au même titre que le délire (Pitres), d'autres encore, et en plus grand nombre, comme autant d'entités morbides nettement définies (Falret père, Legrand du Saule) (paranoia rudimentaire de Mendel et Morselli).

A l'heure actuelle, pour nous et pour la plupart des cliniciens, ces différentes manières de voir ne peuvent guère être admises, étant donnée la coïncidence fréquente de ces divers tableaux cliniques.

[1] Travail fait dans le Service de M. le Dr MAGNAN (Asile clinique Sainte-Anne), qui avec une extrême bienveillance et amabilité nous a permis de suivre de près les malades qui font l'objet de cette étude.

Quelles que soient les manifestations extérieures occasionnelles, pourrait-on dire, de ces syndromes morbides, ils se caractérisent en effet par un nombre limité de mécanismes psychiques devenus classiques, qui sont : les obsessions, impulsions, inhibitions, perversions de l'instinct et troubles délirants divers, toutes fonction de la déséquilibration des départements cérébraux.

Sans examiner en détail ces variétés syndromiques, nous voulons montrer dans un aperçu succint, les principaux caractères de ces troubles; les observations ultérieures suivies de leur analyse, montreront d'une façon indubitable le rapport de ces phénomènes avec l'état de déséquilibre mental, et la manière dont ces syndromes doivent être envisagés aujourd'hui en clinique.

« L'obsession, dit M. Magnan, est un mode d'activité cérébrale, dans lequel, un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit, en dehors de la volonté, mais sans malaise, à l'état normal, avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique; d'autre part l'impulsion est l'acte que l'obsession tenace, tyrannique rend irrésistible par l'intensité de la douleur morale qu'elle provoque. »

L'impulsion est à l'acte, ce que l'obsession est à l'idée. On peut donc distinguer : idée obsédante, obsession, impulsion et acte impulsif.

La première, qui se trouve ailleurs, à l'origine des délires proprements dits, n'est pas plus l'obsession que l'état mélancolique n'est la mélancolie. De même l'acte impulsif est secondaire, c'est une réaction; tandis que l'impulsion est primitive; cette dernière est une tendance à l'acte, un ordre donné par les centres moteurs en état d'éréthisme, mais sans pour cela que l'acte soit fatalement accompli. On soutient quelque fois, il est vrai, que l'impulsion ne peut exister sans l'acte, c'est-à-dire que du seul fait qu'elle est née, l'impulsion amène forcément après elle l'acte impulsif. Mais c'est une erreur, la vérité d'ailleurs est mise en lumière dès nos premières observations. Il est d'autre part important de connaître les limites entre l'obsession physiologique et l'obsession pathologique. La première se rencontre le plus souvent chez les individus normaux : elle se manifeste comme une idée qui occupe le cerveau à un faible degré, pour disparaître aussitôt sans laisser de trace; mais qu'une semblable idée

surgisse à l'esprit dans d'autres conditions, avec tendance à devenir plus tenace, trahissant une irritation plus grande du cerveau, à la faveur, par exemple, d'un état spécial du sujet tel qu'un état d'émotivité, et qu'enfin en outre le taux normal de la volonté se trouve surpassé, l'obsession prend le caractère pathologique ; la différence est une simple question de degré, mais cette question de degré est sous la dépendance d'un état défectueux du cerveau : la dégénérescence. Plus l'obsession est tenace et plus fertile est la cause à la suite de laquelle elle apparaît, plus elle indique un état dégénératif grave.

L'obsession et l'impulsion décomposées par l'analyse comprennent deux éléments : un centre entrant tout à coup en fonction, isolément, sans y être sollicité *par le besoin du mouvement;* et une impuissance momentanée de la volonté à chasser le phénomène qui s'impose (Magnan). Il y a rupture de l'harmonie des centres cérébraux et exubérance d'un certain nombre d'entre eux.

Tous les syndromes psychiques dans leurs manifestations extérieures s'accompagnent des signes devenus classiques : lutte angoissante, irrésistibilité, exagération des signes physiques de l'émotion, répétition et persistance des phénomènes, en dernier lieu soulagement à la suite de la satisfaction donnée au centre en état d'éréthisme.

Mais dans cet enchaînement des manifestations persistent *la lucidité de la conscience et l'intégrité de la volonté.* La part que prend cette dernière dans le mécanisme des obsessions a été interprétée dans ces dernières années d'une façon particulière. M. Artaud, au Congrès de Limoges 1901, soutient dans sa communication, que l'obsession au point de vue psychologique est une maladie de la volonté ; que l'élément aboulie joue le rôle fondamental dans la genèse du syndrome et que les éléments intellectuel et émotif n'y interviennent que secondairement.

Sans commenter longuement cette manière de voir, qui demanderait certainement des détails psychlogiques relatifs au mécanisme intime des opérations volitives, nous croyons cependant pouvoir affirmer que l'élément volitionel n'a aucune action dans la genèse de l'obsession. Celle-ci, comme nous l'avons montré à l'occasion du mécanisme des syndromes en général, demande le premier rôle à l'élément

intellectuel, l'idée, qui apparaît dans des conditions spéciales, conditions réalisées par le cerveau anormal, déséquilibré. Comme nous le verrons, tout se passe en dehors de la volonté et si celle-ci paraît intervenir, c'est dans l'impulsion seulement, mais dans ce cas elle paraît simplement suspendue, annihilée momentanément, par suite de la lutte qu'elle oppose contre une force bien supérieure, force due à *l'exagération* d'un ou de plusieurs centres psychiques en état d'éréthisme.

La série des phénomènes morbides se présente de mille manières, de telle sorte que chez le dégénéré type on assiste à une véritable ataxie cérébro-spinale, selon l'expression de M. Magnan, ataxie de la pensée, des sentiments, de la volonté, des fonctions psychomotrices, automatisme médullaire, en rapport avec les différentes manifestations des syndromes. Reste un fait capital : la présence d'états névropathiques : hystérie, épilepsie, neurasthénie, n'implique nullement un rapport de causalité avec des manifestations psychiques précédentes, mais seulement une coïncidence de ces mêmes états développés sur un même terrain. Et si les névroses sont susceptibles d'engendrer des troubles mentaux analogues ; cependant on peut y reconnaître des caractères distinctifs et spéciaux pour chacune d'elles.

Ainsi, les impulsions épileptiques, sont inconscientes, automatiques, le malade n'a aucun souvenir des actes accomplis. Chez les hystériques, elles constituent une série d'actes désordonnés, nés d'un désir bizarre, d'un caprice inexplicable, qui ont impressionné une volonté faible et incapable de résister ; dans la plupart des cas, à la base de ces impulsions existe une hallucination, très rarement une obsession. Bref, le malade est l'esclave de ses sensations et de sa maladie.

De même, chez les dégénérés impulsifs, les idées sont libres par elles-mêmes, nullement subordonnées aux faits antérieurs, comme cela se passe chez le mélancolique et le délirant chronique, chez lesquels les actes délictueux sont adéquats à leur délire ou à leurs troubles sensoriels.

L'idée obsédante chez les dégénérés naît avec l'individu, reste longtemps latente jusqu'au moment où une cause appréciable la fait éclater ; c'est alors que croissant petit à petit, elle arrive à un maximum et constitue les troubles

morbides, appelés syndromes épisodiques. En clinique la succession et l'enchaînement de ces phénomènes morbides se présentent de mille manières. C'est ainsi qu'on rencontre souvent chez un même malade soit une seule obsession ou impulsion, qui se répète à titre d'épisode aux différentes périodes de sa vie, soit un nombre plus ou moins considérable de ces troubles, qui coexistent à certaines époques de sa maladie, ou se succèdent et se suppléent à des époques plus ou moins éloignées ; soit enfin des crises paroxystiques de ces syndromes alternant de temps à autre avec les diverses manifestations morbides liées à la folie des dégénérés, principalement avec les innombrables couleurs des états délirants.

L'explication de toutes ces manifestations telle, qu'elle se présente en clinique, n'est que l'image fidèle de l'histoire complète du malade ; grâce à celle-ci seulement, nous arrivons à éclairer la relation qui existe entre les syndromes et le substratum commun : la dégénérescence. Donc, nous nous demandons comment pourrait-on scinder ces modalités syndromiques pour arriver à donner à chacune d'elles le caractère particulier d'entité morbide, selon les idées de certains aliénistes? Ce serait de scinder leur substratum commun et par suite à amputer le corps du malade même. Voilà à quelles considérations nous mèneraient de pareilles vues erronées.

Nos observations, qui ont porté sur un certain nombre d'états syndromiques : idées homicides, idées de suicide, doute, vol, perversions, etc., viennent en effet à l'appui de notre unité de conception et élucider ces considérations.

Obs. I.— *Dégénérescence mentale, obsessions et impulsions conscientes à l'homicide, craintes, onanisme, idées mélancoliques de suicide, secondaires.*

Marque B..., âgée de trente-trois ans, entre dans le service de l'Admission de Sainte-Anne le 13 novembre 1901. Ses antécédents témoignent d'une hérédité assez chargée, qui montre nettement le degré de dégénérescence, dont elle est imprégnée.

Une grand'mère paternelle a présenté de graves troubles mentaux. Après avoir vu à l'âge de vingt ans, une folle gesticulant dans un puits de la maison, elle-même a présenté, entre vingt-cinq et trente ans, des idées de suicide, sans tentative. Vers cinquante-cinq ans, mêmes idées également, sans exécution. Enfin, vers

soixante-quinze ans, mêmes idées encore, qui ne l'ont plus quittée jusqu'à sa mort à quatre-vingt-quatorze ans. Elle conservait ces idées le plus secrètement possible, mais ne pouvait les chasser, elle exigeait seulement, ne voulant pas y céder, qu'on se tienne constamment auprès d'elle, sans fournir aucune explication de cette exigence.

Un grand-oncle maternel a eu, d'autre part, cinq enfants arriérés et l'un d'eux a été réformé, à cause de ce défaut cérébral, du service militaire. Le père de la malade est lui-même mort à l'âge de soixante-quatre ans, albuminurique. Auparavant, à la suite d'une attaque d'apoplexie, il était resté paralysé ; il se mettait parfois en colère, mais il avait la force de se maintenir.

La mère est morte à l'âge de vingt-huit ans à la suite d'une fluxion de poitrine ; elle était de tempérament nerveux.

La malade, enfin, a eu cinq frères et une sœur ; trois frères dont deux jumeaux morts en bas-âge. Un frère professeur, est nerveux. Une sœur bien portante s'intéresse particulièrement à la malade.

La malade, elle-même, n'a pas fait de graves maladies dans son enfance, et n'a jamais eu d'accidents convulsifs. Cependant elle a toujours montré un certain degré d'instabilité ; d'un caractère mobile, elle paraissait en même temps nerveuse, sensible et émotive. En pension et au couvent elle aimait beaucoup lire les récits de descriptions fantastiques. Elle adorait surtout la littérature et la poésie, idéalistes, imaginatives. A cette époque, elle se livrait déjà à l'onanisme ; une force irrésistible, dit-elle, la poussait à cet acte. Après quelques années elle arriva à réprimer en partie cette habitude, mais continuait tout de même à s'y adonner pendant la nuit, malgré son désir d'y résister ; enfin pour s'en débarrasser complètement, elle finit par porter une ceinture qui couvrait les organes génitaux et l'empêchait jusqu'à un certain point d'y porter la main ; malheureusement ses parents la lui firent enlever. Elle se demande actuellement si cette perversion de l'instinct sexuel ne serait pas la cause éfficiente de la maladie, dont elle souffre.

Outre cet état mental instable, cependant déjà dès l'âge de douze ans elle souffrait physiquement : douleurs à l'estomac, bouche pâteuse et d'autres sensations à l'état d'ébauche, toutes de nature à faire soupçonner des troubles hystériques. A l'âge de quatorze ans elle eut ses premières règles ; c'est à la suite de cet événement et à la faveur de déceptions d'ordre moral, ennuis, chagrins, misère, que le premier accès véritablement psychpathique de sa maladie actuelle, éclata. Des troubles profonds se montrèrent, troubles imputables à ces deux états maladifs : hystérie d'un côté, déséquilibre psychique de l'autre, tous deux d'ailleurs fonction de la dégénérescence. Deux mois après sa première apparition, la menstruation s'arrêta, et de graves troubles physiques ouvrirent

la scène : douleurs gastriques, ballonnement du ventre, inappétence, bouffées de chaleur, douleurs dans la région ovarienne et une sensation douloureuse qui, partant de l'estomac, montait à la gorge et y provoquait une vive constriction avec sensation d'étouffement (boule hystérique) ; quelquefois, ces douleurs arrivaient à un tel point que la malade s'évanouissait, d'autres fois des crises de larmes la soulageaient. C'était la véritable crise hystérique, qui avait fait son apparition d'une façon évidente. D'autre part, du côté de sa mentalité surgit l'idée tenace d'homicide, qui commence dès lors et d'emblée à l'obséder : c'est l'idée de tuer tous ceux qui se trouvent autour d'elle ; mais en même temps et comme par un retour naturel cette obsession s'accompagne d'une vive crainte de tout ce qui est capable de donner la mort : couteaux, aiguilles, épingles, etc. Ce cortège de manifestations constituait le premier accès de la maladie.

Ces idées, à la longue, préoccupaient moins l'esprit de la malade ; celle-ci gardait l'espoir de s'en débarrasser et pouvait continuer ses études. Puis brusquement elles surgirent de nouveau dans son esprit et la tourmentèrent à tel point que la série des troubles réapparut dans son entier : second accès paroxystique, cette fois à l'âge de vingt ans.

L'éclosion de celui-ci eut lieu à la suite de deux événements :

1° Un trouble moral, un dommage considérable causé par un prêtre à toute la famille de la malade, à tel point que l'évêque dût s'en mêler ; 2° la circonstance suivante : son père, instituteur, faisait à cette époque une conférence sur les allumettes ; lorsqu'il en vint à dire que le phosphore, qui entrait dans leur fabrication était un poison énergique, la malade qui était présente, se troubla, sentit une vive émotion et une profonde douleur du côté du ventre : elle dit qu'à ce moment sa matrice a dû faire un énorme mouvement de recul.

A dater de ce moment, elle tomba dans un état déplorable ; sa santé physique était profondément atteinte : vives douleurs dans le ventre, hyperesthésie dans la région des ovaires, boule hystérique, crises nerveuses, évanouissements et tremblements musculaires généralisés. Parallèlement à cet état physique, l'idée obsédante d'homicide qu'elle présentait auparavant, mais fugace, se montra exacerbée et prit des proportions plus fortes. L'impulsion de tuer tous ceux qui se trouvaient autour d'elle et d'autant plus qu'ils lui sont plus chers, spécialement son père, ne la quittait plus ; à la vue de celui-ci, l'idée surgissait dans son esprit et elle avait beaucoup de peine à la dominer ; de même, l'idée de mettre du poison dans les aliments ; et par suite, comme la fois précédente, se réveille encore la crainte de toucher à tout ce qui est en état de donner la mort. A la cuisine, la vue d'un instrument tranchant réveillait l'idée d'homicide, mais l'idée d'y toucher la faisait

fuir. Elle luttait pour maîtriser ces pensées obsédantes et cette lutte se traduisait par des manifestations objectives réactionnelles: angoisse extrême, respiration entrecoupée, tremblements généralisés, troubles vasomoteurs, rougeur de la face, sueurs sur le front, etc., à la longue la volonté et le jugement arrivaient à repousser ces idées d'une manière lente, mais elles n'étaient pas sans laisser des traces.

Son père, qui connaissait ces souffrances physiques et morales, veilla pendant trois mois, nuit et jour auprès d'elle. Cet accès dura environ six mois ; très fort pendant les trois premiers, beaucoup moins pendant les derniers, où elle n'avait que de vagues idées d'homicide, qui la tourmentaient bien encore continuellement, mais d'une façon moins intense. Puis, de nouveau, jusqu'à vingt-cinq ans, tout alla bien, sauf quelques idées fugitives qui l'obsédaient de temps à autre. A cette époque, le troisième paroxysme survint lentement sans cause apparente et fut d'ailleurs moins bruyant.

A vingt-cinq ans, elle entre dans un couvent, chargée de l'instruction des enfants. Elle était contente de sa situation, et sa santé était excellente, à part quelques troubles nerveux de nature hystérique, quand, tout à coup, l'obsession refait son apparition ; à la vue des enfants, elle sent un vif désir de les tuer ; elle a cependant l'énergie nécessaire pour lutter et peut continuer à faire la classe. Après quelque temps d'intervalle, on s'aperçut de son état d'inquiétude et on lui donna congé. Tout rentra dans l'ordre avec le changement de milieu et ses idées obsédantes, cette fois, disparurent un matin subitement sans laisser aucune trace, elle put même reprendre ses occupations du couvent.

A vingt-six ans, quatrième accès épisodique dont la cause occasionnelle fut une pleurésie, qui dura sept mois. C'est dans la convalescence de cette maladie, que les idées obsédantes, impulsions homicides et idées d'empoisonner les aliments, réapparurent ; pendant huit jours, elles furent très tenaces, et, d'après le dire d'une amie, il y a quatre ans, la malade alla même jusqu'à raper des allumettes dans du civet de lièvre et sentait de nouveau un désir de tuer les jeunes enfants, qui se trouvaient venir auprès d'elle.

Ensuite vinrent des idées mélancoliques et quelques idées de suicide, mais sans que la malade fasse de tentative véritable ; d'autre part elle souffrait toujours du côté physique ; mais ces souffrances l'inquiétaient moins que les obsessions maladives. Des distractions et des promenades améliorèrent encore son état, elle ne conserva que des douleurs dans les ovaires et un certain degré de ballonnement du ventre.

Il y a deux ans, une maladie de son père fut une nouvelle cause pour l'éclosion de la cinquième poussée maladive. Pendant

que celui-ci était malade, M. B... était chargé de lui donner les soins nécessaires ; elle était bien portante du côté mental, mais soudainement s'éveilla de nouveau en elle l'idée obsédante de tuer son père ; toutes les fois qu'elle se trouvait en sa présence, elle éprouvait une envie irrésistible soit de le tuer avec un instrument, soit d'empoisonner ses aliments. Elle avait conscience de cet état et en souffrait ; finalement, pour éviter tout dénouement malheureux, elle s'empressa de quitter son père pour céder la place à sa sœur.

Peu de temps après, son père mourut, et la malade souffrant énormément, rentra à Paris consulter le D[r] Soucques. Les soins de celui-ci l'améliorent relativement.

Au printemps dernier, elle se trouve de nouveau sous l'empire des idées noires, et dans un état physique déplorable, elle part pour Lourdes, croyant par ce voyage rétablir sa santé, mais n'y réussit pas. Cependant, un peu remise, elle va vivre à la campagne chez sa sœur ; la vie au grand air et le calme la soulagent, mais petit à petit les vagues troubles physiques commencent à prendre une allure manifeste, s'aggravent de jour en jour, finissent par la décider à rentrer de nouveau à Paris consulter un médecin. Il y a de cela sept semaines, quand, au moment de partir dans ce but, un matin sans cause apparente, en dehors de son état physique maladif, éclatent les idées obsédantes ; cette fois avec un cortège plus bruyant et tel qu'elle remarque une moindre résistance de son esprit, moins de capacité à les dominer, moins d'énergie dans la volonté qu'elle possédait auparavant. Ces idées la rendaient en même temps mélancolique. Arrivée à Paris, elle consulte le D[r] Charpentier, qui lui conseille d'entrer dans une maison spéciale.

C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'asile clinique dans le service de M. Magnan. A l'asile, la malade présente une attitude triste qui indique des souffrances profondes. Inquiète et découragée, elle nous répète souvent des phrases comme : « Je souffre terriblement, ma tête est lourde, pourquoi donc ? Je sens ne plus avoir de courage ni de volonté pour résister à mes idées, je suis dans un cercle d'où je ne crois pas pouvoir sortir. » Elle raconte toute sa vie telle que nous l'avons décrite. Elle présente un caractère mobile et émotif. Les idées d'homicide et la crainte des objets qui donnent la mort, la préoccupent spécialement d'une façon continuelle et la tourmentent nuit et jour ; cette fois, elle se croit prête à leur céder, ce qui la pousse à nous demander, si jamais, commettant quelque acte délictueux, elle serait considérée comme responsable. Ces idées envahissent totalement le champ de sa conscience ; elle s'en rend parfaitement compte, et jamais l'impulsion n'est poussée jusqu'à l'acte. Mais par intervalles, les impulsions sont plus fortes, et la malade se trouve alors dans un état d'anxiété

ter un médecin. Les soins de celui-ci l'améliorèrent et bientôt, dans une parfaite santé, elle reprit ses occupations.

Enfin il y a cinq mois, sans cause appréciable, sans qu'aucune émotion ou ennui, soit domestique soit d'autre nature, puisse en faire découvrir la genèse, brusquement, l'idée du suicide surgit dans le cerveau de la malade. Cette idée obsédante n'avait aucune relation avec le souvenir douloureux de la mort de son enfant, elle s'éveilla tout à coup, la poursuivit pendant toute une nuit et dès le lendemain, d'une façon automatique, elle passait à l'acte, sans lutte, sans résistance.

Le syndrome ainsi caractérisé se présenta trois fois, et chaque fois la malade tenta de se suicider.

La première fois, il y a cinq mois, la malade en parfaite santé, donnait des soins à ses enfants, lorsque subitement, l'idée de se tuer lui vint, elle trouve par hasard dans la maison un flacon de laudanum et en avale le contenu; le médecin appelé en toute hâte lui prodigue les soins et la sauve.

Elle reprend son travail; mais il y a deux mois, l'idée de suicide germe de nouveau, subite, impérative; c'était la nuit, au matin elle sort de chez elle pour exécuter son idée; elle veut se jeter à l'eau; en route ses réflexions et l'idée de ses cinq enfants la détournent un moment de sa préoccupation obsédante, absurde, et le soir à quatre heures, elle rentre chez elle.

Enfin, il y a trois semaines, toujours sans cause et en parfaite santé, elle quitte brusquement son logis, parce que cette même idée de suicide la tenaille à nouveau; elle marche longtemps sans savoir de quel côté elle se dirige et arrive dans une forêt (qu'elle sut être plus tard près de Versailles); elle y resta sans manger pendant cinq jours, espérant mourir de la sorte. Des gendarmes l'ayant rencontrée et questionnée, l'amenèrent à Paris.

Elle fut admise à l'asile le 18 décembre 1901. A l'entrée, la malade est triste, rêveuse, indifférente. Assez intelligente, elle répond avec précision et lucidité à nos questions, de sorte que rien ne trahit un trouble quelconque des facultés mentales. Lorsqu'on lui demande le motif qui l'a poussée à l'acte pour lequel elle a été amenée à l'asile, elle répond : « Je ne sais pas, l'idée de me tuer m'est venue tout d'un coup sans raison aucune; c'est plus fort que moi. » Cette phrase indique clairement que l'apparition de l'idée obsédante a lieu dans son esprit d'une façon brusque, que son exécution suit sans lutte ni réflexion préalable.

A la suite de nos questions sur l'idée qui s'est emparée de son cerveau, la malade commence à pleurer et finit par s'étonner elle-même des idées bizarres et absurdes qui l'accaparent à certains moments et de l'impuissance où elle se trouve à les maîtriser.

Elle est calme pendant son séjour à l'hôpital, cependant à deux reprises, pendant la nuit, elle a eu de nouveau des idées noires ;

elle pleure, mais n'y donne pas suite. Elle n'a pas présenté d'hallucinations. Son état mélancolique ne s'explique que par le trouble moral auquel elle est sujette : se donner la mort alors qu'il n'existe nulle cause, nul motif appréciable. Finalement, après dix jours d'observation, la malade, moins inquiète, est envoyée à l'asile de Maison-Blanche, dans un état d'amélioration sensible.

Chez cette seconde malade, nous remarquons que le syndrome suicide existe seul ; l'idée obsédante survient d'une manière brusque, sans nulle réflexion antérieure, et pousse la malade à l'exécution de l'acte instantanément ; aucune résistance ou lutte n'existe de sa part.

Pour en finir avec ce genre d'impulsions, nous devons rappeler que de pareils individus ne sont guère responsables de leur crime. A ce titre donc, les syndromes s'imposent à l'expert comme un acte d'aliénation mentale et au magistrat comme un fait marqué d'irresponsabilité.

Obs. III. — *Dégénérescence mentale; obsessions et impulsions morbides, doute, crainte, perversion sexuelle.*

Marie Ange C..., âgée de quarante-un ans entre à l'admission de Sainte-Anne le 11 mars 1899.

On trouve dans ses antécédents une morbidité bien manifeste.

Une tante maternelle vésanique morte dans un asile à Rennes ; la mère morte paralysée. Son père, faible d'esprit, mort à la suite d'une attaque d'apoplexie. Ses deux sœurs nerveuses excentriques. Son frère faisant une bouffée de délire avec des idées de persécution ; il disait qu'on voulait lui faire du mal et lui prendre son poste ; à cause de ses idées, il dut quitter le service pour rentrer se soigner chez lui ; actuellement il est rétabli.

La malade a été bien portante pendant son enfance. Elle n'a jamais eu de fièvres graves ni de convulsions. Seulement à l'âge de vingt ans, elle fit une fièvre typhoïde. En outre, elle avait un caractère bizarre ; parfois elle devenait sombre et par moments présentait des crises de rires et de larmes sans motif.

A l'âge de douze ans, elle se livra à la masturbation. L'idée lui vint de la manière suivante. A l'école pendant qu'elle allait au cabinet, étant obligée d'attendre son tour, de peur d'uriner sur son linge, elle mettait sa chemise, jupe et robe entre ses cuisses, de sorte que le tout touchait les parties génitales ; puis elle serrait les cuisses l'une contre l'autre avec force en les frottant et les remuant continuellement. Petit à petit, elle éprouvait du plaisir et une jouissance charnelle, à la suite desquels, quelques gouttes mouillaient son linge. Depuis cet instant elle continuait à exercer

cette manœuvre plusieurs fois par jour et souvent pendant la nuit ; jamais la malade n'exerçait l'onanisme digital.

A dix-sept ans, elle cherchait à se procurer des sensations voluptueuses d'une autre façon ; elle se suspendait aux arbres et se frottait ses cuisses, tenant sa chemise serrée entre ses jambes. A l'âge de vingt ans, la malade eut les premiers rapprochements sexuels. De vingt-un à vingt-sept ans, elle cessa subitement sa mauvaise habitude. A vingt-sept ans, elle la reprit de nouveau. Cette fois, pendant qu'elle se livrait à cet acte pervers, elle cherchait à s'exciter par toutes sortes d'idées que créait son imagination, idées liées aux sensations qu'elle avait éprouvées lors de son premier coit.

La malade, par suite de l'onanisme répété, éprouvait du prurit vulvaire. Les lèvres de ses organes génitaux étaient devenues violacées et semées de petits boutons. Enfin une sécrétion blanchâtre s'écoulait de ses parties sexuelles.

A trente-huit ans, Marie-Ange C... se maria, mais tout de même continua son ancienne mauvaise habitude, car elle affirmait que les rapports sexuels lui donnaient moins de sensations voluptueuses que l'onanisme exercé à sa manière.

Toujours à la même époque, elle était devenue plus irascible, se mettait souvent en colère pour peu de chose ; c'est alors que son excitation génésique augmentait et qu'elle se livrait avec plus d'acharnement à la masturbation.

En même temps. la malade se sentait poussée à des actes extraordinaires : une impulsivité de casser la vaisselle, casser des épingles, des aiguilles ; dans la rue, une force irrésistible la poussait à lancer avec les pieds les pierres qui se trouvaient sur son passage, à donner des coups aux personnes qui passaient à côté d'elle. Elle était consciente de toutes ces idées bizarres, mais elle ne pouvait pas s'en rendre maitresse.

Il y a trois ans, pendant qu'elle était concierge, et elle devait rendre les comptes au gérant, un jour, elle crut avoir donné une somme inférieure à celle qu'elle devait. Depuis ce moment, elle est triste, préoccupée, inquiète, elle doute à chaque instant si elle n'a pas égaré quelques billets de banque. Puis l'idée que des billets de banque existent partout et une véritable crainte pour ceux-ci, s'emparent de son cerveau et marquent dès lors l'idée obsédante principale de son état maladif.

Comme contre-partie de ce doute et crainte de voler des billets de banque, elle éprouvait une vive impulsion à s'emparer des portefeuilles des gens pour voir s'ils n'en contenaient pas. Ainsi, dans la rue, elle était poussée à fouiller dans les serviettes et poches des gens croyant qu'ils y contenaient des billets avec et malgré sa crainte de les leur arracher et de les déchirer. Pour éviter tout incident elle luttait pour arriver à traverser le trottoir. Son unique

désir était de déchirer les billets et surtout de leur enlever les quatre numéros des coins. Dans sa crainte de le faire, elle ramassait des ordures, légumes ou autres objets, les rongeait et les examinait en détail pour se convaincre qu'ils ne contenaient pas de billets de banque.

Toutes ces manifestations morbides lui causaient des troubles physiologiques qui accompagnent généralement tous les syndromes : angoisse extrême, palpitations, congestion de la face, obnubilation de la vue ; pour pouvoir lutter et résister, elle serrait les mains, croisait les bras, mais surtout elle frottait ses cuisses, de sorte qu'elle excitait de nouveau son ancienne mauvaise habitude.

Il y a deux ans, à la suite de ces troubles, il lui surgit l'idée obsédante qu'elle ne voit plus clair et surtout qu'elle ne peut plus distinguer les couleurs; souvent alors elle demandait à son mari de la conduire chez un médecin afin de l'examiner et la rassurer de la maladie dont elle souffre du côté des yeux.

A la longue, des états secondaires alternatifs de dépression et d'excitation apparurent graduellement, et son état allait s'aggravant. Elle ne voulait plus manger, négligeait totalement son intérieur; tout ce changement se rapportait à l'obsession, aux idées de doute et de crainte qu'elle éprouvait pour les billets de banque. Son physique laissait aussi à désirer : fatigue générale, inappétence, constipation, sensation générale de faiblesse et de douleur le long de la moelle épinière.

Dans cet état, la malade est amenée à Sainte-Anne. A l'asile, elle est triste, déprimée, anxieuse. Tous ces troubles morbides remontent à une époque ancienne et ont suivi les étapes successives que nous avons détaillées. La perversion instinctive du début n'étant que la première manifestation saillante de l'état psychopatique plus marqué et plus tenace, qu'elle devait présenter plus tard.

Tous ces troubles maladifs actuels pivotent autour de l'idée obsédante du doute et des billets de banque. Elle croit les apercevoir partout. A la vue des billets, elle est vivement impressionnée, ressent une forte angoisse, sa face rougit et elle recule vivement, craignant de les toucher. Parfois, elle se sent poussée à fouiller dans les lits des malades pour voir s'il n'y existe pas des porte-monnaies, afin de se persuader qu'ils ne contiennent pas des billets de banque.

Dans les premiers jours, elle repousse les aliments, petit à petit elle les accepte, mais les examine attentivement, les coupe en petits morceaux, car elle doute si elle ne va pas y rencontrer des billets. Quelquefois elle refuse de manger du pain. « Le pain me fait pourrir le sang et les miettes me sautent aux yeux, dit-elle ». Par ses réponses, elle cherche à cacher la vérité, mais en réalité

c'est qu'elle craint la présence des billets même dans le pain. Aussi prétend-elle ne pas voir clair et ne pas distinguer les couleurs, mais tout cela se réduit à une même cause : la crainte des billets; il ne suffit pas qu'on lui nomme la couleur, elle veut aussi qu'on lui écrive, parce qu'elle doute si au milieu du bruit fait par les malades elle n'a pas entendu le nom de la couleur, et que cela pourrait être des billets de banque, qui se trouveraient là et dont elle ne distinguerait pas la couleur.

La malade met trois heures à s'habiller et déshabiller, examine en détail son linge toujours de peur d'y trouver caché des billets de banque ou des porte-monnaies.

Parfois, la malade est agitée, profère des invectives surtout quand elle ne peut s'endormir; elle a aussi des excitations génitales après les douches. Petit à petit, elle devient plus calme et moins anxieuse; le traitement moral du médecin influence énormément sur l'état de la malade; enfin, au bout de seize mois elle arrive à se rétablir complètement.

Actuellement, M. A. C... est lucide, ne présente plus aucune idée obsédante, elle regarde et touche sans émotion des billets de banque. Bref, elle constate l'absurdité des singulières idées, qui s'étaient emparées d'elle il y a quelques mois.

Chez cette malade, nous constatons donc une coexistence d'un certain nombre d'obsessions et impulsions. La folie du doute est associée non seulement au délire du toucher, mais aussi à une foule d'autres phénomènes syndromiques. Tous ceux-ci apparaissent petit à petit et se succèdent dans une période de cinq années, époque qui marque le début de ses troubles. La maladie a duré longtemps et a fini par la guérison. Ce mode de terminaison se rencontre généralement. Nous verrons ultérieurement les opinions qui existent sur la folie du doute et les différentes objections dont elles sont susceptibles au point de vue clinique.

Obs. IV. — *Dégénérescence mentale; impulsions au vol et au suicide, perversion de l'instinct accompagnant l'acte délictueux; crises hystériques.*

Marie-Louise F..., âgée de quarante-cinq ans entre à l'admission de Sainte-Anne le 17 février 1902.

Son casier héréditaire est manifestement chargé. Le grand père maternel était alcoolique. Son père, hystérique, est mort à la suite d'une crise; était porté souvent aux idées noires et restait des semaines entières sans parler. Sa mère, morte à quatre-vingts ans à la suite d'une attaque d'apoplexie; avait des idées de suicide,

mais n'a fait jamais aucune tentative. Une sœur de la malade s'est suicidée à l'âge de vingt-quatre ans. Elle avait des crises hystériques et à la suite d'une de ces crises elle s'est noyée. Une autre est morte phtisique.

La malade ne commença à parler qu'à l'âge de cinq ans et avec grande difficulté; deux ans après, elle eut une fièvre cérébrale qui lui est survenue à la suite d'une frayeur causée par un individu qui courait après elle dans la rue, l'accusant de lui avoir volé un petit chien. Dans son enfance, la malade était triste, craintive et cherchait la solitude; avait souvent des maux de tête et par intervalles devenait irascible. Elle alla à l'école jusqu'à l'âge de quinze ans; c'est à cette époque que les crises hystériques firent leur apparition. Elles étaient précédées d'un état d'énervement, de sensations de fourmillements dans les bras, elle devenait anxieuse et finalement la crise éclatait.

Elle se caractérisait par un gonflement et une douleur dans le ventre, une sensation de boule hystérique avec étouffement et ensuite elle tombait raide. L'apparition de cette névrose hystérique n'est marquée par aucun événement important. Petit à petit les crises se répètent plus souvent et la rendent incapable de continuer l'école. C'est alors que la malade commença la couture. En même temps, Marie-Louise F... avait des idées vagues de tristesse et ne demandait qu'à mourir.

A dix-sept ans, elle eut ses règles pour la première fois. A cette époque elle fit une fièvre typhoïde grave, qui dura huit mois, à la suite de laquelle survint la danse de Saint-Guy. Tout son corps tremblait et même la bouche, dit la malade, ce qui lui créa une certaine difficulté pour s'exprimer.

A l'âge de vingt ans, à cause de ses crises hystériques répétées et de chorée, la malade fut internée à l'asile de Bron (Lyon), d'où elle sortit améliorée.

A trente-huit ans, elle quitte Lyon pour venir à Paris où elle reprit la couture; mais bientôt, le maniement de la soie l'énervait énormément et lui provoquait des crises presque chaque semaine. Toujours à cet âge elle fit une seconde fièvre typhoïde plus forte que la première: à la suite de celle-ci, elle devint plus obtuse, et à la même époque lui surgit l'idée de l'impulsion au vol. Cette impulsion lui apparaissait brusquement et était suivie toutes les fois par l'accomplissement de l'acte; la lutte de sa part était presque nulle.

L'impulsion au vol présentait deux particularités : l'objet de l'acte impulsif qui était toujours la soie et de préférence la soie rouge; ensuite l'accomplissement de l'acte qui s'accompagnait de l'orgasme génital. Ce genre d'éréthisme sexuel s'exécutait d'une façon brusque au moment où elle touchait la soie et s'exagérait même par le froissement de celle-ci; progressivement, elle était

prise par une sorte de convulsion génitale, des sensations voluptueuses suivaient et finalement elle se sentait mouillée. A la suite de ces phénomènes, survenait le soulagement (l'acte impulsif étant accompli) et une fatigue générale (à la suite du plaisir sexuel).

Pendant que la malade travaillait la couture, elle volait la soie du magasin où elle était employée; plusieurs fois sa fille, qui connaissait son habitude, reportait la soie le lendemain à la patronne. Depuis deux ans, elle est simplement vendeuse dans les magasins, ne travaillant plus la soie qui la rendait nerveuse et lui provoquait des crises répétées.

Malgré tout, elle restait sujette à l'impulsion du vol. Le plus souvent, l'acte était commis aux Magasins du Bon Marché. A la suite d'un vol commis dans ce magasin, la malade *fut condamnée à six mois de prison*. Elle accomplissait cette peine, quand, à la suite des crises répétées qui la rendirent trop malade, elle fit voir ses habitudes maladives, et fut mise en liberté. A part ces impulsions au vol, la malade présentait continuellement des idées vagues de suicide qui par intervalles devenaient telles, qu'elles poussaient celle-ci à l'acte. C'est à la suite de ces idées qu'en 1899, elle se coupa à la main droite avec un couteau ; puis, elle tenta à plusieurs reprises de s'étrangler et de se jeter par l'escalier. Toutes les fois qu'elle se trouvait près d'une fenêtre, elle se sentait poussée à s'y jeter; l'espace m'attire, nous dit-elle.

Il y a un an elle fut amenée à l'asile clinique à la suite d'une chute qu'elle fit volontairement par une fenêtre du deuxième étage de la maison qu'elle habitait. Transportée à l'asile de Maison-Blanche, elle y resta trois mois.

Un jour du mois de janvier dernier, elle fut reprise par l'idée de suicide, survenue à la suite d'une crise hystérique. Elle sortit de chez elle et se dirigea vers la ligne du chemin de fer de ceinture ayant l'intention de se jeter sur les rails au passage d'un train. Sa fille, qui comprit son dessein, courut après elle et arriva à temps pour l'empêcher de mettre à exécution son funeste projet; à la suite de cet événement elle devint triste jusqu'au lendemain, quand tout à coup se substitua à l'idée précédente, l'impulsion au vol qui s'empara de son esprit subitement. Elle sort à l'instant, prend une voiture, sans même être complètement habillée et se dirige vers le magasin du Printemps, y entre et vole un paquet de soie. L'acte accompli s'accompagne de sensations volupteuses habituelles. Ensuite, fatiguée, elle s'assied sur un banc qui se trouvait à proximité; c'est à ce moment qu'elle fut arrêtée pour être amenée à l'infirmerie et de là à Sainte-Anne.

La malade présente une faiblesse marquée du côté intellectuel et principalement de la mémoire; lucide d'ailleurs, elle nous raconte très nettement tous ces incidents. Du côté physique, elle

présente des signes hystériques manifestes : un rétrécissement du champ visuel très net surtout de l'œil droit ; diploplie avec amblyopie, et quelquefois les objets lui dansent devant les yeux ; douleur à la pression dans la région épigastrique et ovarienne, hémianesthésie du côté droit.

La malade à l'asile a parfois des idées noires ; elle se sent énervée, frotte constamment ses mains, ne peut rester en place, pleure par intervalles.

M. — Louise F... a deux enfants dont une fille de quatorze ans, nerveuse, souffre de douleurs dans le ventre et par moments s'évanouit ; a la même maladie nerveuse que sa mère ; un fils, faible d'esprit, est porté aux idées noires ; il a l'air de réfléchir continuellement, dit sa mère[1].

Cette observation constitue un exemple frappant de la coexistence possible d'une complexité des troubles mentaux syndromiques et névrosiques qui, tant variés qu'ils se présentent, apparaissent et se répètent aux différentes époques de la vie de la malade. Tous sont greffés sur un même terrain : la dégénérescence, créée d'une part par une hérédité chargée, et de l'autre par des maladies fébriles surtout la fièvre typhoïde qui viennent renforcer cet état dégénératif héréditaire.

Obs. V. — *Coexistence des troubles variés chez une dégénérée survenant à différentes époques de sa vie : syndromes épisodiques, délire mélancolique, délire mystique.*

Zoé-Constantine M... entre pour la troisième fois à l'Admission de Sainte-Anne le 25 février 1902. Les renseignements sur ses antécédents héréditaires sont incomplets, mais son histoire trahit suffisamment l'état dégénératif manifeste. Le début de sa maladie remonte à l'âge de trente-quatre ans. Jusqu'à ce moment, la malade était bien portante sauf le caractère un peu triste et assombri qu'elle présentait dès son enfance même.

En 1890, date de son premier épisode morbide, elle devint tout d'un coup scrupuleuse, craintive et douteuse. Ces phénomènes insolites prirent des proportions telles que petit à petit ils se transformèrent en véritables obsessions morbides. Elle avait la crainte des aiguilles, du verre et du feu ; elle ne pouvait pas voir une bougie allumée sans avoir peur de voir s'allumer un incendie. La malade avait surtout la crainte de blesser sa fille ou une personne

[1] Cette malade, selon les renseignements du M. le Dr Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie du Dépôt, aurait subi en tout 16 condamnations à la suite des nombreux vols commis dans les magasins.

de son entourage chaque fois qu'elle ouvrait une porte. Quand elle se trouvait dans la rue, elle redoutait d'être écrasée par les voitures qui passaient près d'elle ; toutes les fois qu'elle se trouvait près d'un arbre elle avait la crainte de ne pas s'accrocher à lui, et quand elle s'éloignait, elle se retournait, demandant à sa fille qui l'accompagnait s'il ne lui était rien arrivé. De même en achetant un objet, après l'avoir payé, elle doutait si elle n'avait pas donné moins que la somme due. Toutes ces obsessions de doute et de crainte s'accompagnaient des troubles physiologiques : palpitations, angoisse. A la longue, elle était devenue anxieuse et souvent pleurait, sentant elle-même la bizarrerie de ses idées. C'est dans ces conditions qu'elle fut internée à l'asile pour la *première fois* il y a treize ans. Après un séjour de trois mois, complètement remise, sans aucune trace de ces troubles, elle quitta l'asile.

Après un intervalle de onze ans, en juin 1901, dans un état de parfaite santé, elle fut prise d'une bouffée de troubles délirants tout différents des premiers ce qui causa son *second internement*.

C'était un état de dépression mélancolique avec hallucinations multiples de l'ouïe et de la vue, idées de culpabilité et de persécution, et quelques anciennes idées de doute. La malade s'imaginait que des assassins étaient cachés dans le grenier de la maison où elle habitait, qu'elle les entendait marcher, que son mari la faisait suivre par la police ; amenée peu après à l'asile, elle croyait que des gens se trouvaient au-dessous de son lit, exprès pour la surveiller ; elle entendait leurs pas. Elle se croyait criminelle et demandait qu'on la punisse de suite pour le crime dont on l'accusait. Trente jours après, la malade est sortie complètement guérie. Elle alla passer deux mois à la campagne, et revint à Paris au mois d'octobre 1901. Petit à petit apparurent dans son cerveau de nouvelles idées encore différentes des autres. Celles-ci s'accentuèrent et arrivèrent à constituer son troisième accès maladif. Elle devint au début très religieuse, allait chaque jour à l'église (auparavant, elle n'y allait pas même le dimanche). Elle restait longtemps sans parler, négligeait son intérieur pour aller à la messe ; elle n'y amenait jamais ses enfants. Toutes les fois qu'elle passait devant une église, elle y entrait. Un jour elle dit à son mari qu'on l'empoisonnait, qu'on l'électrisait, qu'elle sentait l'odeur du soufre ; plus souvent elle criait au secours ; et la nuit elle ouvrait les fenêtres non pour se jeter, mais pour se donner de l'air, disait-elle, car elle étouffait. Elle lisait continuellement son livre de messe et à haute voix ; faisait des prières, implorait Dieu. Elle n'a jamais tenté de se faire du mal. Ses troubles s'aggravèrent et on l'interna à l'asile Sainte-Anne *pour la troisième fois* le 25 février 1902. La malade à l'entrée présente cette fois des idées mystiques qui prédominent dans le tableau morbide ; en outre des préoccupations hypocondriaques

et quelques idées mélancoliques, elle se plaint d'étouffements. battements de cœur, ses nuits sont agitées de visions nocturnes, elle s'imagine qu'on veut lui faire du mal, à la suite d'une entéroclysme, elle accuse des douleurs dans le rectum et qu'elle n'est plus en état d'aller à la selle. Ces troubles diminuent sensiblement et, au bout de trois jours la malade devient lucide ; tout avait disparu, elle ne sentait plus qu'une fatigue générale.

Analysant cette observation, nous saisissons ces faits caractéristiques : La malade a présenté, dans l'intervalle de treize années, trois épisodes morbides avec des troubles nettement distincts, qui se sont montrés à des époques variables.

Premier épisode : Des obsesions et impulsions morbides : doutes, craintes, scrupules.

Dans le *second*, un état de dépression mélancolique avec hallucinations, idées de culpabilité et de persécution ; enfin pour le *dernier* : délire mystique avec préoccupations hypocondriaques marquées.

Voilà donc que la clinique nous montre trois espèces de troubles qui, quoique en apparence différents pour chaque époque maladive, au fond appartiennent tous à une même base commune : *la dégénérescence*.

Relativement au terrain, jamais on ne pourrait considérer ces troubles comme trois maladies distinctes adéquates aux trois périodes, car dans ce cas il faudrait créer trois états différents qui seraient liés à chacune de ces périodes morbides.

De cet exposé enfin, tel qu'il nous est montré par la clinique, nous croyons devoir faire ressortir quelques particularités concernant un certain nombre de syndromes importants.

Le groupe des obsessions et impulsions à l'homicide et suicide présente quelques caractères spéciaux. L'idée obsédante est plus tenace, la lutte de la part du sujet est accrue par la volonté qui s'oppose avec une plus grande énergie, enfin la torture morale arrive au maximum. En ce qui concerne l'exécution de l'acte nous devons ajouter, et avec beaucoup de justesse, que M. Magnan distingue deux variétés d'impulsions.

Dans la première variété, la décharge est brusque, automatique, sans nulle résistance ou réflexion antérieure du

sujet (*seconde observation*) ; dans la seconde, l'individu se rend longtemps maître de son idée obsédante, ou bien, à l'instant même où il se voit sur le point d'y céder, il a recours à l'appui d'un parent ou à un autre moyen quelconque ; « il prévient son entourage », selon l'expression de M. Magnan (*seconde observation*).

Enfin au point de vue médico-légal, les individus qui commettent les crimes sous l'influence de ces impulsions morbides, ne sont pas responsables ; et de pareils individus de même que le prétendu criminel-né de Lambroso, ne sont, comme nous l'avons vu, que des déséquilibrés appartenant à la grande famille des dégénérés.

Le second syndrome, la folie du doute, demande aussi quelques commentaires à cause des différentes interprétations qu'il a reçu de la part des aliénistes.

Falret père, qui décrivit la folie du doute pour la première fois, d'une façon admirable, commit cette grande faute de trop l'isoler. Il fit du syndrome une maladie distincte avec une marche progressive et un pronostic défini : l'incurabilité.

Legrand du Saule dans sa monographie, l'associe au délire du toucher ; pour lui, ce rapport intime existe nécessairement et l'apparition du délire du toucher marque le début d'une seconde période dans l'entité morbide formée par cette association. A l'heure actuelle, il y parmi les cliniciens un certain nombre d'entre eux qui embrassent encore ces idées. Pour M. Magnan et pour nous, nous sommes loin d'envisager la folie du doute sous un pareil aspect ; elle ne constitue qu'un syndrome qui peut exister en clinique, soit isolément, soit parfois associée au délire du toucher, et cela de préférence seulement, car on peut la rencontrer aussi avec d'autres états syndromiques.

Le pronostic est habituellement favorable, mais à la condition capitale de ne jamais négliger le malade, de l'avoir chaque jour sous les yeux, de lui instituer un traitement médical et moral continus.

Cette dernière manière de voir est d'ailleurs justifiée par toutes nos observations.

Enfin, les autres syndromes relatés dans nos cas donnent une idée nette des caractères généraux indiqués au commencement de ce travail.

Bref, comme conclusion, nous estimons pouvoir affirmer que cette étude nous montre une fois de plus que les syndromes épisodiques, quelque variés qu'ils soient, appartiennent au même fond : *la dégénérescence mentale*; d'autre part, elle nous permet de nous placer sur le terrain solide de la clinique dans l'appréciation médico-légale des actes délictueux et criminels accomplis, par des individus appartenant à la grande classe des dégénérés.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. **Une observation de sein hystérique**; par le Dr LANNOIS. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901).

Gonflement considérable du sein droit chez une femme à petites crises. Ce gonflement s'exagère sous l'influence des émotions, diminue dans l'état de calme et sous l'action d'une simple bande de flanelle. Plusieurs médecins conseillent l'ablation. Un chirurgien refuse d'intervenir. Intérêt du diagnostic au point de vue du traitement.

II. **Paralysie du nerf cubital et contracture consécutive « Main en pince »**; par le Dr DE LÉON, (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901.)

Deux observations de déformation de la main, selon le type décrit par Duchenne, de Boulogne, dans la rétraction de l'arcade palmaire : le premier cas, chez une femme dont la paralysie du nerf facial se manifesta au réveil chloroformique, après une laparotomie. Un mois plus tard, la main présentait la déformation en pince. La genèse exacte de cette paralysie, affirmée par l'examen électrique, n'a pas pu être éclairée ; le deuxième cas, chez un homme qui, de longues années avant, avait reçu une balle dans l'avant-bras ; traumatisme suivi aussitôt de la paralysie de la main.

III. **Un cas d'ostéite déformante de Paget avec mélanodermie ; autopsie**; par L. HUDELO et J. HEITZ. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1901.)

Observation clinique suivie d'un examen nécropsique et histologique méticuleux de tous les organes, et, en particulier des os

lésés (fémurs et os de la jambe). Les particularités de cette observation, qui la distinguent d'autres cas similaires sont : l'intégrité des os du crâne, la profonde altération des os de la jambe, allant d'un côté jusqu'à la fusion à peu près complète du tibia et du péroné. L'absence de lésion cardiaque, malgré un degré très avancé d'artério-sclérose généralisée, l'intégrité de l'appareil circulatoire du cerveau et de la grande pituitaire, l'altération profonde du corps thyroïde, du foie, de la rate, des reins et des capsules surrénales. Les auteurs passent en revue les différentes hypothèses mises en avant jusqu'à ce jour pour expliquer la pathogénie de la maladie de Paget : lésion médullaire; lésion d'une glande vasculaire sanguine, athérome de l'artère nourricière de l'os, et concluent que la lésion initiale de cette affection reste obscure.

IV. **Sur le trophœdème**; par Henry Meige. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901).

L'auteur rappelle les différentes observations d'œdèmes dystrophiques antérieurement publiées, particulièrement les plus récentes de Vigoureux, Prathon, Rapin, Hertoghe, Mabille, et qui, sous des appellations différentes, peuvent être, comme il l'a proposé lui-même, rangées dans un groupe spécial, sous le nom de trophœdème, « caractérisé par un œdème blanc, dur, indolore, occupant un ou plusieurs segments de l'un ou des deux membres inférieurs, et persistant la vie entière, sans préjudice notable de la santé, pouvant être tantôt isolé, tantôt héréditaire et familial et peut-être congénital ». La nature, l'origine et les causes de cette dystrophie particulière, sont encore incertaines et ne pourront être éclairées que par des constatations anatomiques qui sont à faire.

V. **Contribution à l'étude du trophœdème chronique**; par Hertoghe. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901.)

Trois observations de trophœdème intéressant, dans deux cas. un membre inférieur, dans le troisième, la face, avec caractères d'hypothyroïdie. L'auteur signale cette *parenté* entre l'appauvrissement thyroïdien et le trophœdème : et aussi l'inefficacité du traitement thyroïdien employé par lui. Il est porté à attribuer cet insuccès à l'insuffisance des méthodes suivies jusqu'à ce jour.

VI. **Observation de trophœdème**; par Mabille. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901).

Œdème chronique considérable des deux membres inférieurs tout entiers chez une femme de dix-huit ans. Ayant évolué lentement, depuis l'âge de dix ans, à la suite d'un traumatisme crâ-

nien compliqué de troubles choréiques et d'hémiplégie gauche. Dans toutes les observations qui précèdent, l'œdème présente les caractères décrits plus haut par Meige.

VII. **Sur une forme d'hypertrophie des membres**; par E. Rapin. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1901.)

Trois observations de trophœdème intéressant : l'une (enfant de vingt mois) le membre inférieur gauche, la deuxième (femme de cinquante-deux ans) le membre inférieur gauche avec début à l'âge de quatorze ans, la troisième (femme de trente ans), les deux membres supérieurs et la moitié droite de la face avec début congénital.

VIII. **Nouveaux détails sur la paralysie asthénique, dont une observation avec autopsie**; par S. Goldflam. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.)

Gros mémoire réparti entre les numéros 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 de ce journal, qui se décompose en trois parties. La première traite d'une observation avec autopsie et des lésions possibles de la maladie. La seconde étudie sept cas. La troisième expose la nosographie,

La meilleure dénomination serait celle qui est usitée dans le titre *supra*, parce qu'elle ne préjuge ni du siège, ni de la nature de l'affection et qu'elle indique le symptôme dominant. Elle est de Fajersztajn. (Voyez *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 501. 1897. 2e série.)

On l'a aussi appelée : paralysie bulbaire sans lésions, névrose bulbaire, paralysie myasthénique (Oppenheim), myasthénie grave pseudoparalytique (Jolly), paralysie bulbaire asthénique (Strümpell), myasthénie générale grave (Laquer), lassitude pathologique des muscles, myasthénie tout court (Unverricht.)

Elle est plus fréquente que la paralysie bulbaire de Duchenne.

I. — L'auteur fait remarquer que ce travail constitue le complément de celui qu'il a fait paraître dans la *Deutsche Zeitschre. f. Nervenheilk*, 1893, IV. Aussi plusieurs de ses observations ne seront-elles que résumées.

Telle est la première observation complétée par la *nécropsie*. On trouva un gros lymphosarcome au poumon droit et des nétastases dans les muscles. Le thymus était probablement pris. Planches à l'appui. Ce cas, avec celui de Weigert (tumeur maligne du thymus), porte à deux les exemples de myasthénie caractérisée par l'intégrité du système nerveux, et par l'existence de néoplasmes en dehors de celui-ci, avec métastases dans les muscles. En revanche dans la plupart des cas de myasthénie avec autopsie on ne constatait ni tumeurs, ni autres altérations. Par suite il conviendrait

de penser que les relations qu'on a voulu établir entre les néoplasmes et la paralysie asthénique sont hypothétiques, et que les théories édifiées là-dessus sont caduques.

On a d'ailleurs trouvé aussi des néoplasmes bénins : pour ceux-ci on ne voit pas comment, après être demeurés pendant plusieurs années latents, ils auraient occasionné un beau jour, par sécrétion d'une substance toxique spéciale, de la paralysie asthénique, Tel est le cas des lipomes des reins, et des kystes dermoides congénitaux de l'ovaire.

La présente observation est elle-même assez suggestive. Un premier accès de myasthénie guérit totalement en 6 mois, pendant cinq ans rien de semblable. Puis, sans cause appréciable. récidive par de la faiblesse des abducateurs du maxillaire inférieur qui présente le cachet de la lassitude. A cet instant lassitude de même genre des jambes sans la réaction myasthénique. Tendance à la fatigue des membres. En peu de semaines les extrémités, le tronc et la nuque témoignent du même syndrome et de la Mya R. Le premier accès se traduisait surtout par des phénomènes bulbaires et des symtômes oculaires. Cette fois pas de blépharoptose permanente, pas de parésie des muscles des yeux, pas de diplopie, pas de régurgitation des liquides, intégrité du voile du palais, de la voix, de la déglutition; il n'y a de bulbaire que l'état du maxillaire inférieur, et il ne s'y joint que des troubles du côté des adducteurs et des muscles rotateurs en dehors. Les accidents sont aussi moins intenses, moins étendus, moins tenaces. Enfin, c'est près d'une année après qu'apparaissent les phénomènes thoraciques émanés du néoplasme. Les deux processus semblent avoir évolué indépendamment l'un de l'autre ; la physionomie, la marche des accidents asthéniques ne semblent pas avoir été influencés par la présence de la tumeur dans la cavité thoracique.

La mort a eu lieu subitement. L'asthénie avait alors rétrocédé ; des symptômes d'asphyxie se sont montrés.

La répartition des troubles est la suivante : prédominance sur le maxillaire inférieur; atteinte du tronc et de la nuque plus que des jambes, des jambes plus que des bras, des parties avoisinant le tronc plus que de celles qui en sont éloignées.

La réaction myasthénique, radicalement absente pendant les cinq années qui ont séparé le premier accès du second, faisait défaut au début de la récidive : elle n'est apparue qu'un mois plus tard, et non dans tous les muscles myasthéniques. Cette réaction est indépendante du symptôme-fatigue; une fois, la force de la contraction au courant faradique a paru plus faible dans les muscles préalablement épuisés par l'action de la volonté.

II. — Nous arrivons maintenant, à la suite des observations II à VIII, aux principaux caractères nosographiques.

La *lassitude du muscle* en est la note fondamentale. Il suffit que

celui-ci fonctionne un peu pour que se produise une paralysie complète. L'épuisement du territoire paralysé se répercute sur d'autres territoires en repos. Ainsi s'expliquent les exaspérations vespérales, les améliorations matutinales.

Les *variations d'intensité* sont la règle lorsque le patient ne succombe pas au premier accès. Ces variations s'étendent à des années au besoin. S'il est rare qu'il y ait rémission absolue, en revanche, au cours même de l'accès, il y a des fluctuations, des phénomènes. La *durée* de dix ans est rare (Observ. I et III.) Souvent le malade succombe au premier accès (Observ. IV.) Pendant la rémission, la lassitude musculaire disparait ou décroit énormément ; la réaction anormale aux courants faradiques peut même faire place à l'état normal.

La *réaction myasthénique de Jolly* décelée chez cinq sujets sur les six examinés à cet égard, apparaît le mieux quand on se sert des excitations faradiques de longue durée, se succédant rapidement les unes aux autres, tétanisantes. Elle peut être très étendue (Observ. V) ; elle succède à la lassitude musculaire (Observ. I). L'épuisement par les impulsions volontaires n'exerce pas d'influence sur l'excitabilité faradique ; inversement les muscles dont les contractions ont presque cessé du fait de l'action directe ou indirecte du courant faradique peuvent tout de suite après obéir à la volonté. Le temps de repos indispensable pour réobtenir l'excitabilité faradique originelle est d'environ une minute.

L'étude minutieuse de l'ensemble des éléments qui précèdent et des signes différentiels entre la paralysie asthénique et la polio-encéphalo-myélite aiguë entraîne M. Goldflam à localiser la maladie dans les *centres corticaux moteurs*. Si le foyer purement mental du mouvement volontaire semble intact, la paralysie musculaire survient quand le malade lance à plusieurs reprises des impulsions volontaires. Il y a donc dans ces centres une modification, anatomiquement insaisissable, qui détermine leur épuisement, sous l'influence de la volonté. Cette modification pourrait bien être le fait des produits de dénutrition (Mosso.) Cela cadrerait avec les rémissions et les intermittences susceptibles de durer des années. Le mécanisme reste à chercher.

Le *traitement* repose sur le calme et le repos absolu, l'absence d'émotions, l'alimentation prudente, la respiration artificielle en cas de dyspnée, les toniques, la substitution de l'examen galvanique à l'examen faradique, 0,50 centi. par jour de thymus si l'on veut.

P. Keraval.

IX. **Un nouveau symptôme de l'épilepsie** ; par C. Ceni. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII, N. F. XI, 1900.)

Il s'agit d'un abaissement considérable et passager de la température qui survient à n'importe quel moment du jour, et dure

une demi-heure à une heure. On constate 36°, 35° et même 34°. C'est en réalité une forme d'attaque, qui quelquefois revient trois-quatre fois et plus dans les vingt-quatre heures, mais d'ordinaire se montre à des intervalles de quelques jours, ou de quelques semaines, soit avec pauses très irrégulières, cas le plus habituel, et apparition tantôt le matin, tantôt l'après-midi, soit sous la forme d'intermittences régulières et retour au même moment de la journée. Ni le phénomène, ni sa fréquence ne sont en constant rapport avec la gravité de la maladie; l'hypothermie ne coïncide pas non plus avec d'autres accès d'épilepsie. Par ci, par là, néanmoins, elle précédera une attaque d'une heure ou deux, coïncidence qui n'est point constante du tout.

L'accident en question est manifestement d'origine vasomotrice; il est probablement déterminé par la même cause que celle qui engendre les autres symptômes de l'épilepsie, et fournit un solide appui à la théorie de la nature auto-toxique de cette névrose. Il se rattache en particulier à l'hypertoxicité du sang des épileptiques : on se rappelle l'hypothermie des animaux auxquels on a injecté du sang de ces malades (Ceni). Travail complet en préparation. P. Keraval.

X. **Observation d'aphasie avec agraphie**; par M. Stadelmann. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII. N. F. XI. 1900.)

Il s'agit d'une adulte en convalescence d'une fièvre typhoïde. Elle est incapable de désigner verbalement les objets concrets, leurs qualités, leurs couleurs, incapable de répéter. Elle ne peut réciter spontanément des chansons qui lui sont familières, son *Pater*, et n'a à son service que des locutions toutes faites telles que « je ne peux pas », les noms propres de ses parents, des gens de son entourage, ceux des objets usuels qu'elle voyait chaque jour comme le sucre, le café. Elle comprend encore la parole et l'écriture. C'est une aphasie motrice corticale accompagnée des troubles graphiques en rapport avec celle-ci. Elle peut écrire les mots qu'elle peut dire, et inversement. Elle essaie de trouver en écrivant les mots qu'elle doit ou veut dire. Ceci indique à quel genre de traitement il convient de s'adresser. C'est aux exercices d'écriture. P. Keraval.

XI. **L'épilepsie corticale**; par W.-I. Wassiliev. (*Obozrénié psichiatrii*, V. 1900.)

Observation, avec autopsie, d'un homme de cinquante-cinq ans. Les accidents paralytiques et les phénomènes convulsifs témoignent d'une lésion des régions motrices de l'hémisphère droit. Il n'y a ni traumatisme, ni altérations cutanées céphaliques ou crâniennes; il n'y a rien aux papilles optiques; il n'existe pas de

douleurs de tête; la syphilis est catégoriquement niée. Reste l'hypothèse de lésions vasculaires, les vaisseaux accessibles étant durs. Une intervention chirurgicale est réclamée par la famille, mais le malade succombe à une pneumonie dont il présentait les prodromes à son arrivée à l'hôpital.

Autopsie. — Sclérose des os du crâne, intégrité de la dure-mère. Pie-mère de l'hémisphère droit trouble et épaissie : à gauche, elle est trouble le long des vaisseaux. A droite, au niveau de la partie supérieure du lobe pariétal, cette membrane est infiltrée par une hémorrhagie récente du volume d'une pièce de un rouble-argent : elle s'enlève aisément. L'écorce semble ne présenter aucune anomalie, mais, quand on écarte les ascendantes, on trouve dans la *profondeur du sillon de Rolando*, à peu près à la *partie moyenne* de celui-ci, un *foyer* rouge-foncé gros comme un gros pois : limité à l'écorce, il occupe presque également la frontale ascendante et la pariétale ascendante, lésant les territoires 53, 54, 59, 61 du schéma d'Exner. C'est un foyer apoplectique.

L'auteur envisage l'embarras dans lequel se serait trouvé le chirurgien qui eût opéré. Il analyse aussi les phénomènes cliniques en rapport avec cette localisation. Il pense que la destruction d'une certaine portion des régions motrices ne détermine pas chez tout le monde un égal désordre de la sensibilité, au point de vue de l'intensité ou de l'étendue : il est même probable, suivant lui, qu'elle ne détermine pas, chez tous, un degré identique de paralysie. Il croit que le degré de ces désordres dans les affections corticales dépend notablement de la manière de vivre, des occupations, de la culture et du sujet, de sa complexion psychophysique générale. La destruction de la région corticale qui préside aux mouvements du bras droit chez un manœuvre, un musicien, un savant de cabinet, se traduira par des troubles moteurs et sensitifs dissemblables ; dissemblables surtout les derniers : leur évolution sera distincte. P. Keraval.

XII. **De l'étiologie du tabès dorsal**; par M. Z. Wainscatein. (*Obozrénié psichiatrii*, V, 1900.)

Etude critique du travail de M. Motschoutkowsky intitulé : *Recherches clinico-statistiques sur le tabès dorsal* du *Woenno-méditzinsky Journal.* P. Keraval.

XIII. **Deux cas de nystagmus chez la mère et la fille**; par M. Jacqueau. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 27 février 1901.)

M. Jacqueau présente deux sujets, la mère et l'enfant atteints de nystagmus congénital des deux yeux sans autres lésions. La première a quarante-sept ans, la seconde sept ans. Pas d'antécédents pathologiques nets dans la famille.

C'est le même type de nystagmus avec oscillations rythmiques horizontales et mouvements de la tête. Il ne diffère chez les deux malades que dans la rapidité et l'amplitude des oscillations. Chez la mère, les oscillations sont de 120 à 130 par minute, chez l'enfant de 70 à 80.

M. Jacqueau insiste sur trois faits intéressants : 1° L'hérédité ; — 2° Les mouvements associés de la tête et des yeux ; — L'absence de toute lésion oculaire.

Ces deux cas viennent à l'appui de la théorie cérébrale du nystagmus. Knies définit le mystagmus congénital, l'insuffisance d'innervation corticale des muscles volontaires des yeux. Cette définition paraît juste. La vision binoculaire, fonction acquise, ne peut s'exécuter normalement qu'avec l'intégrité de l'appareil conducteur et récepteur des cellules de l'écorce ; qu'il y ait un développement défectueux de ces cellules, il en résultera un vice d'innervation centrale en vue de la coordination des mouvements oculaires ; le nystagmus pourra devenir ainsi fréquemment l'aboutissant de ce défaut de coordination. G. C.

XIV. **Paralysie asthénique d'Erb** ; par M. JOSSERAND. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 27 février 1901.)

M. Josserand présente un cas typique de l'affection qu'Erb a décrite sous le nom de paralysie bulbaire asthénique. Elle se caractérise surtout par des signes bulbaires comparables à la fois à ceux de la paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne et à ceux de la polieucéphalite supérieure de Wernicke. Elle diffère de ces deux affections par l'absence de lésions des noyaux bulbaires, par ses rémissions et par un pronostic-moins sévère. Elle en diffère aussi par le mode de fonctionnement des muscles qui sont atteints de parésie, de fatigue précoce, plutôt que de paralysie ; par l'absence d'atrophie, par la participation du facial supérieur, par celle des muscles masticateurs et des muscles de la nuque.

G. C.

XV. **Méningite cérébro-spinale au cours d'une endocardite infectieuse pneumococcique. Valeur du signe de Kernig** ; par MM. JOSSERAND et LESIEUR. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 6 mars 1901.)

MM. Josserand et Lesieur présentent le cœur d'une malade ayant succombé à une méningite cérébro-spinale, au cours d'une endocardite infectieuse subaiguë ayant évolué en sept mois. Le pneumocoque a été trouvé dans le sang pendant la vie, dans le pus des méninges cérébrales et spinales, dans les végétations de l'endocarde et de la pulpe splénique après la mort. Le signe de Kernig a permis de faire un diagnostic et un pronostic exacts

d'une façon très précoce en l'absence de tout autre signe de méningite. Le signe de Kernig est important ; rare dans la méningite tuberculeuse, ce signe se rencontre fréquemment dans les autres méningites, notamment dans la méningite cérébro-spinale. G. C.

XVI. **Paralysie radiculaire totale du plexus brachial gauche et paralysie temporaire des membres inférieurs du même côté**; par M. Duplant. (*Société nationale de Médecine de Lyon*, 20 mai 1901.)

M. Duplant présente un malade qui, immédiatement après un grave accident, eut une paralysie flasque du membre supérieur et du membre inférieur ganches. On constate, en même temps, un enfoncement de l'œil, une chute de la paupière du myosis ; pendant quelques jours, les paralysies sont restées flasques, puis il y eut des fourmillements et un retour de la motilité dans le membre inférieur, La paralysie du membre supérieur est restée flasque avec légère amyotrophie et des douleurs au niveau de l'épaule. Il y a eu, en outre, une anesthésie complète du membre supérieur; il n'y a pas de paralysie faciale ; le malade craint la lumière ; voit bien les objets éloignés et mal les objets rapprochés.

Il s'agit, en somme, de paralysie radiculaire totale avec phénomènes oculaires et démarche spasmodique. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est la coïncidence d'une paralysie médullaire et d'une paralysie périphérique. On peut admettre un arrachement des racines coïncidant avec une lésion de la moelle.

M. Duplant pense que certains cas de maladie de Little peuvent être attribués à des cas semblables. Ici, l'existence d'une hématomyélie cervicale semble inadmissible, il s'agit probablement d'un hématorachis. G. C.

XVII. **Syphilis médullaire et bulbaire précoce**; par M. Collet. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 12 juin 1901.)

M. Collet rapporte l'observation curieuse d'une malade qui, èn résumé, a présenté les phénomènes suivants : de la paralysie ou de la parésie dans le domaine des VII, IX, X, XI et XII° paires craniennes; de la parésie des membres supérieurs et inférieurs, de la parésie du diaphragme, et des troubles incontestables de la déglutition et de la phonation, pas de paralysie oculaire ni de troubles sensoriels ou sensitifs. Les lésions nucléaires bulbaires ont donc intéressé tous les noyaux du bulbe et de la moelle situés au-dessous de la VI° paire.

M. Collet pense qu'il s'agit ici d'une lésion systématique de la substance grise, de la moelle et du bulbe, d'une polyomélite avec polieucéphalite circonscrite.

La syphilis est la raison très probable de ces lésions. Les antésédents spécifiques ne sont pas discutables. Le traitement a amené

l'amélioration immédiate des symptômes; et son interruption, une rechute immédiate qui a cédé à une reprise du traitement.

G. C.

XVIII. Paralysie agitante avec tremblement limité aux membres supérieurs; par M. Collet. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 26 juin 1901.)

M. Collet rapporte une observation de paralysie agitante avec tremblement limité aux membres supérieurs, mais étendu à la face, à la langue, au maxiliaire.

Le malade, cultivateur, est âgé de cinquante-neuf ans et n'a jamais été malade. Il se plaint seulement de tremblement, de raideur des membres et de la colonne vertébrale. Les mouvements débutèrent par la main droite et s'étendirent ensuite au bras droit. Depuis six mois, la face, la paupière, la langue et le maxiliaire inférieur tremblent. Il ne s'agit pas de mouvements transmis mais bien de mouvements propres à ces régions.

Les membres supérieurs sont intacts.

Pas de tremblement du larynx.

La marche se fait à petits pas. Le malade présente l'attitude classique de la maladie de Parkinson.

Pas de troubles oculaires.

Il fut traité sans succès par l'hyoseine, puis par la nicotine à la dose de 0,001, puis de 0,002.

L'auteur fait remarquer que la paralysie agitante atteint exceptionnellement la face. Il cite quelques observations de tremblement facial dues à Grasset, Rosenthal, Demange. Wollenberg cite deux cas de tremblement des paupières; Westphall un cas de tremblement des lèvres; Frédérick Müller un cas de tremblement des muscles du larynx.

G. C.

XIX. Radiographies d'arthropathies tabétiques; par Destot. (*Société des sciences médicales de Lyon*), 10 juillet 1901.

M. Destot présente quatre cas d'artropathies tabétiques étudiées par la radiographie.

Il insiste sur l'existence d'une période préataxique osseuse chez les tabétiques, caractérisée surtout par l'existence de formations ossifiantes dans les muscles et dans quelques tissus. Chez les tabétiques avancés, on observe par contre de véritables fontes des extrémités des os.

G. C.

XX. Vertige d'origine nasal; par Collet (*Société des sciences médicales de Lyon*), 16 octobre 1901.

M. Collet présente l'observation d'un homme d'une trentaine d'années qui, brusquement, a présenté les phénomènes suivants:

Picotement dans les fosses nasales suivi ou non d'éternuement, douleur vive à la nuque, puis chute en avant sans perte absolue de connaissance, affirme-t-il. Il avait eu une fois quelques mouvements convulsifs. La face est congestionnée pendant quelques secondes, puis devient pâle pendant quelques minutes avec transpiration abondante durant un quart d'heure. Pendant l'examen, le pouls battait à 116. Le malade reste somnolent et abattu pendant la soirée qui suit les accés. La muqueuse nasale présente une sensibilité exagérée au niveau d'un éperon de la cloison.

Cet incident a des analogies avec l'ictus laryngé; mais l'auteur pense, bien que la pathogénie soit obscure, qu'il s'agit d'une excitation s'irradiaut de la deuxième branche du trijumpeau qui a ici une susceptibilité anormale, vers divers centres bulbaires, par exemple vers le centre modérateur du cœur, vers le centre vasomoteur etc. L'anémie cérébrale en résulterait.

On peut penser aussi à une crise d'épilepsie larvèe, dont le picotement nasal serait l'aura. Jusqu'à plus ample informé, M. Collet propose le terme : « vertige d'origine nasal. » qui n'a aucune prétention pathogénique. G. C.

XXI. **Paralysie hystéro-saturnine du nerf radial**; par Josserand. (*Société des sciences médicales de Lyon*), 20 novembre 1901).

M. Josserand présente un jeune homme de vingt-neuf ans sans antécédents pathologiques (ni syphilis, ni alcoolisme, ni cardiopathie, ni albuminurie) qui subitement fut pris au milieu de son repas d'une paralysie des extenseurs de l'avant-bras droit, et cela, sans ictus.

— C'est un ouvrier typographe; il ne présente pas le liseré de Burton, mais il présente, sur la face interne des joues des taches ardoisées, comme celles que Gublec a décrites chez les ouvriers qui manient le plomb. Le diagnostic de paralysie radiale, d'origine saturnine paraissait probable. Mais elle présente de nombreuses anomalies : l'unilatéralité, le début apoplectiforme, la paralysie du long supinateur. Les fléchisseurs sont atteints; le médian est intéressé. Les intérosseux sont paralysés par suite le cubital. Les troubles de la sensibilité consistent en une anesthésie profonde complète et cylindrique de tout l'avant-bras. Le sens musculaire est conservé ainsi que les réflexes. Pas de douleurs, pas d'atrophie.

Devant ce tableau, M. Josserand songe à une paralysie hystérique. La distribution de l'anesthésie est caractéristique ; le malade présente en outre une zone hystérogène dans le flanc droit et un rétrécissement du champ visuel. Le saturnisme ne semble pas étranger à cet état. Il s'agirait alors d'une hystérie symptomatique toxique. G. C.

XXII. **Paralysie asthénique bulbo-spinale**; par Leclerc (*Société nationale de médecine de Lyon*, 2 décembre 1901).

M. Leclerc présente une malade avec le sydrôme de paralysie athénique bulbo-spinale. A ce propos, il rappelle que l'appellation de paralysie asthénique bulbo-spinale a prévalu sur celle d'asthénie bulbaire; car ehez beaucoup de malades, l'asthénie musculaire occupe non seulemet les muscles innervés par les nerfs crâniens, mais aussi les muscles du tronc et des membres tributaires des nerfs rachidiens.

L'examen histologique a toujours été négatif avec les méthodes actuelles. Dans les cas de Charcot, de Déjerine, de Thomas, les lésions sont disparates, ne peuvent pas expliquer les symptômes chimiques constatés et ne permettent pas de conclure.

Au point de vue pathogénique, il n'y a que des hypothéses, ou il faut admettre qu'est une entité morbide caractérisée par un simple trouble fonctionnel, une altération encore invisible des cellules motrices, abolissant leur fonction motrice et respectant leur fonction trophique, puisque l'atrophie musculaire fait défaut, ou bien comme le disent Déjérine et Thomas, le complexus symptomatique est un syndrôme abritant sous son nom des affections de nature et d'origine différentes. M. Leclerc ne prend parti ni pour l'une, ni pour l'autre hypothése, devant les opinions si diverses émises sur la question; il cite, en effet, un cas publié récemment par Laquert et Weigert où ils trouvèrent à l'autopsie une tumeur du thymus. De ce cas et de deux autres analogues, ils concluent que ce syndrSme peut être l'effet d'une intoxication dûe à une lésion du thymus. G. C.

XXIII. **Note sur un cas de sclérose cérébrale infantile d'origine hérédo-syphilitique. L'hérédo-syphilis et les encéphalites chroniques de l'enfance**; par Pic et Piery (*Province Médicale*, Lyon. janvier, février 1901, n° 4. 5, 8, 9, p. 37, 50, 80, 100.

MM. Pic et Piery publient l'observation avec autopsie d'une jeune fille, qui examinée pour la première fois en 1895 présentait une hémiplégie spasmodique infantile. Cette affection avait débuté à l'âge de huit ans et s'était accompagnée ultérieurement d'hémiathélose et de crises épileptiques. D'après les antécédents trouvés du côté des parents et de la malade, on employa à cette époque (août 1896 à mai 1897) le traitement spécifique qui eut un très heureux résultat : amélioration de l'état général, apparition de la puberté, disparltion des crises épileptiques maintenue pendant huit mois consécutifs. Les auteurs portèrent, dès ce moment, le diagnostic de syphilis héréditaire.

En octobre 1897, la malade présentant de l'affaiblissement des

facultés intellectuelles avec crises d'épilepsies jaksoniennes, entra de nouveau à l'hôpital où le diagnostic de kyste du cerveau consécutif à un traumatisme ancien. On décida une trépanation, qui mit, en effet, en évidence l'existence d'un kyste. L'amélioration consécutive fut passagère et la malade rentra en juillet 1898 à l'hôpital présentant : de l'hémiplégie spasmodique avec hémiathétose, affaiblissement des facultés intellectuelles et crises d'épilepsie jaksonienne. Elle contracta alors une broncho-pneumonie mortelle. A l'autopsie, on constata, à la surface de l'hémisphère gauche, l'existence d'une zône de sclérose cérébrale. Au niveau d'une région répondant fort exactement au territoire d'irrigation de la sylvienne, le manteau de l'hémisphère est réduit à une mince lame scléreuse, déprimée, simulant une porencéphalie. Les artères sylviennes droite et gauche sont atrophiées, sclérosées et partiellement oblitérées.

L'examen microscopique montre l'existence de lésions d'astérites sur les sylviennes et les vaisseaux intra-cérébraux. L'autopsie et l'examen microscopique montrèrent en somme qu'il s'agissait d'une sclérose générale fort accentuée, accompagnée de la dégénérèsceuce habituelle du faisceau pyramidal correspondant et de l'atrophie de l'hémisphère homolatéral du cervelet.

Le parallélisme entre la distribution des lésions scléreuses et celles du réseau artériel, la constatation directe de l'altération des vaisseaux, prouvent à l'évidence l'origine vasculaire du processus qui, pour les autcurs, ne peut être ici que la syphilis.

Les notions récentes acquises au point de vue étiologique, clinique et anatomo-pathologique, semblent prouver en effet, dans le plus grand nombre des cas, l'origine hérédo-syphilitique des scléroses cérébrales dont la traduction clinique répond au diverses affections spasmo-paralytiques infantiles. G. C.

XXIV. De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent; par LYONNET et VINCENS (*Lyon médical*, 10 février 1901, n° 6, p. 189).

M. Lyonnet étudie les troubles gastriques qui accompagnent le symptôme aérophagie. L'aérophagie est constituée par la déglutition de l'air atmosphérique. Cette déglutition peut être volontaire ou indépendante de la volonté. L'aérophagie involontaire est d'ordre pathologique et a été étudiée en détail par M. Bouvent. Elle est ordinairement de nature hystérique ; le début est souvent brusque, à la suite d'une cause occasionnelle quelconque. Il y a deux phénomènes bien distincts quoique très rapprochés : 1° la déglatition d'un ou ou plusieurs bols gazeux accompagnés de bruits pharyngés, spasme classique du pharynx d'après M. Bouveret 2° des éructations sonores. La femme est le plus souvent atteinte, l'homme peut l'être aussi.

La conséquence de cette déglutition incessante d'air est une distension gastrique qui peut entraver les fonctions de l'estomac. La paroi stomacale est flasque, la sonorité gastrique est augmentée, il y a clapotage ; la palpation est douloureuse et amène une recrudescence des spasmes pharyngés. On trouve souvent de l'entéroptose, de la chute des reins, des battements à l'épigastre.

Comme troubles fonctionnels, l'insuffisance de la motricité rend imparfaite la chymification et retarde l'évacuation de l'estomac avec pesanteur et tension à l'épigastre etc. La constipation est la règle, l'appétit est diminué, les vomissements sont rares; le sommeil est mauvais.

Il y a des troubles fonctionnels du système nerveux, céphalée, vertiges, asthénie neuro-musculaire etc... On peut rencontrer des formes sévères où la nutrition est gravement atteinte.

Ce tableau symptomatique se rapproche de celui de la dyspepsie nerveuse, mais les troubles gastriques, comme le fait remarquer M. Lyonnet, sont ici consécutifs à l'aérophagie qui n'est pas un symptôme concomittant.

Le diagnostic se fera par l'examen attentif du malade, cependant au premier abord, on peut croire qu'il s'agit de dyspepsie flatulente.

La marche est irrégulière comme dans toutes les manifestations de l'hystérie. La durée est variable. Les troubles gastriques ont en général, un pronostic bénin. L'auteur pose trois indications pour le traitement de l'aérophagie et des troubles qui en dépendent.

1° Traiter l'état général hystérique.

2° Faire cesser le spasme du pharynx, soit par des moyens locaux (badigeonnages cocaïnnés, révulsion, cravate de Piorry), soit par les antispasmodiques, soit par la suggestion.

3° Traiter les troubles dyspeptiques : l'indication principale est d'augmenter la tonicité et la contractilité de la tunique musculaire de l'estomac. G. CARRIER.

XXV. **Syndrome de Bénédikt:** par les Drs VIGOUROUX et LAVASTINE.

Intéressante observation concernant un garçon de dix-sept ans qui présente une paralysie totale et complète du moteur oculaire commun gauche, avec une paralysie partielle du moteur oculaire commun droit (complète pour les nerfs du sphincter irien, incomplète pour le nerf du droit inférieur) et une perturbation dans le fonctionnement du faisceau pyramidal droit, caractérisée par une parésie du facial inférieur, de l'hypoglosse et des membres, avec hémitremblement. C'est là le syndrome de Weber, avec hémitremblement, ou syndrome de Bénédickt. Ce cas porte à sept le nombre des cas actuellement publiés du syndrome de Bénédikt. (*Revue neurologique*, août 1901.) E. B.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. Des résultats positifs et indiscutables que l'anthropologie criminelle peut obtenir à l'élaboration ou l'application des lois; par MM. Lacassagne et S. Martin (de Lyon). (*Journal de Neurologie* 1901, n° 21.)

Cette note est l'exposé des principaux résultats récemment mis en lumière par les études d'anthropologie criminelle. Ces résultats peuvent être condensés dans les propositions suivantes :

Parmi les individus poursuivis comme *criminels*, il existe un nombre considérable de dégénérés et de déséquilibrés à côté des délirants proprement dits, qui tous sont plus ou moins irresponsables et appartiennent au domaine de la psychiatrie.

Seuls doivent être considérés comme des *criminels proprement dits* les individus qui ne présentent pas de tares physiques ou psychiques. L'enquête médicale doit donc faire partie intégrante de tout dossier d'affaires criminelles, en particulier lorsqu'il se rapporte à des crimes étranges ou familiaux.

Au point de vue social, on peut dire que les sociétés sont responsables en quelque sorte des actes criminels qu'elles subissent puisque la plupart des dégénérescences physiques ou mentales sont créées par l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, etc., autant de fléaux contre lesquels elles ont le devoir de se défendre.

G. Deny.

II. La loi et les ivrognes, avec remarques sur le traitement de l'ivrognerie; par Joseph Collins. (*The New York Medical Journal*, 4 mai 1901.)

Exposé très concis, mais assez complet et très intéressant, des lois contre l'alcoolisme dans les principaux pays. R. M. C.

III. Conceptions impératives; par Hugh T. Patrick. (*The New-York Medical Journal*, 7 septembre 1901.)

L'auteur désigne sous ce nom, ou sous l'appellation synonyme d'« idées impératives », des idées, des impressions mentales ou des émotions, presque toujours pénibles ou désagréables, morbides à la fois par leur intensité et par la persistance avec laquelle elles se reproduisent contre le gré du sujet, contre sa volonté même, et contre son raisonnement, qui demeure intact. Sauf de rares exceptions, les cas de ce genre peuvent se diviser en deux

catégories : 1° les phobies; 2° la psychose du doute ou de l'incertitude. Ce travail est accompagné de 19 observations que nous ne pouvons naturellement analyser ici; nous nous bornerons à reproduire quelques remarques de l'auteur, relatives au pronostic et au traitement.

Le pronostic est influencé par trois facteurs : 1° le caractère de la conception impérative; 2° son degré d'intensité; 3° le caractère et les dispositions du sujet; la folie du doute disparaît rarement: les phobies au contraire sont susceptibles de guérison ou tout au moins de notable amélioration. L'hérédité névropathique est naturellement une condition défavorable qui aggrave sensiblement le pronostic. Le traitement est varié et doit être prolongé et patient comme celui de toutes les habitudes vicieuses; on peut prendre pour modèle, en variant le procédé et en l'adoptant aux phénomènes psychiques, le traitement que Brissaud conseille pour la guérison de tics musculaires. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. **De l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal**; par le Dr BRIAND. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1899.)

L'auteur, dans un rapport des plus intéressants, pose, devant la Société de médecine légale, la question de savoir si l'on est autorisé, dans certains cas, à tenter une opération à l'insu d'un aliéné ou malgré lui, avec ou sans l'assentiment de sa famille?

Les exemples cités montrent que la solution est loin d'être simple et qu'on ne saurait tirer de conclusion ferme en restant dans les généralités.

En ce qui concerne les malades internés d'office, c'est-à-dire sans que les parents aient eu à intervenir dans la détermination prise par l'autorité administrative, M. Briand estime que le chirurgien, appelé en consultation par le médecin traitant, n'a pas à provoquer l'avis des parents qui sont légalement ignorés du médecin. Il ne s'inspirera, dans sa détermination, que de l'état mental de l'aliéné et de la gravité des lésions matérielles qui mettent en question son intervention. E. B.

V. **Des degrés de la responsabilité**; par le Dr HOSPITAL. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1899.)

Lorsqu'un homme sain d'esprit commet un crime, il est inévitablement responsable ; à l'autre extrémité de l'échelle des responsabilités, on trouve des méfaits perpétrés par des aliénés avérés n'ayant plus conscience d'eux-mêmes; mais, entre les deux extrêmes, ne peut-on pas placer des nuances? S'il est prudent de ne pas être prodigue de responsabilités limitées, il y a des cas où elles sont absolument indiquées : d'abord dans ceux où il est éta-

bli que l'individu s'est trouvé dans un déséquilibre momentané, dans un instant d'égarement, facteurs sans le secours desquels il serait condamné au maximun ; dans ceux de dégénérés initiaux, de tempéraments fous, qui apprécient tout de travers ; ceux des *minus habentes* dont l'entendement n'est pas assez développé ; dans ceux de suggestion morale, où un fort domine un faible ; dans ceux de maladies nerveuses, où l'individu ne se possède pas assez ; dans les cas douteux, doute dont le prévenu, dans l'axiome de droit, doit bénéficier.

En confirmation de ces idées, l'auteur apporte une importante statistique de deux cents cas médico-légaux dans lesquels il eut à faire un rapport, 170 hommes et 30 femmes. E. B.

VI. **L'article 1384 du Code civil et la responsabilité des directeurs médecins d'asiles d'aliénés** ; par le D[r] S. Garnier.

Il est impossible que le directeur d'un asile public d'aliénés, qui gère de son mieux les intérêts du département, enserré qu'il est dans des règlements dont il ne peut sortir, et obligé de subir souvent des situations de fait qu'il ne lui appartient pas de modifier, puisse, à un moment donné, être personnellement inquiété, comme l'a été l'auteur, sous prétexte que, commettant de ses gardiens, il est responsable de leurs agissements délictueux. Il est nécessaire que la loi future fixe les conditions absolues de cette responsabilité civile, laissée à l'arbitraire du juge. E. B.

VII. **La responsabilité civile des aliénés** ; par le D[r] Giraud. (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1899.)

La jurisprudence se prononce à peu près unanimement en France dans le sens que les personnes atteintes de démence ne sont pas responsables, même civilement, des dommages qu'elles ont causés.

On signale, toutefois, un arrêt en sens contraire, de la Cour de Montpellier du 31 mai 1866.

Dans cet arrêt, la Cour de Montpellier a posé en théorie que, dans l'application des principes de la responsabilité civile, la loi ne tient compte ni de la volonté, ni de l'intention, et que, par conséquent, les personnes atteintes de démence sont civilement responsables du dommage qu'elles ont causé par leur fait.

Le tribunal du Havre, dans un jugement du 13 février 1873, a été d'avis que le principe de la responsabilité restait applicable quand la partie lésée établissait que l'état de folie sous l'empire duquel a été commis l'acte qui lui est préjudiciable était le résultat, non du pur hasard ou d'une force irrésistible, mais d'habitudes volontaires de débauche et d'excès alcooliques. Il s'agissait

d'un capitaine de navire de commerce qui avait blessé d'un coup de feu un des hommes de son équipage.

L'armateur fut mis en cause et jugé civilement responsable des actes de son capitaine, d'après l'article 1384 du Code civil par lequel « on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde ».

Les personnes désignées par l'article en question sont : le père et la mère pour leurs enfants mineurs demeurant avec eux ; les maîtres et commettants pour leurs domestiques et préposés ; les instituteurs et artisans pour leurs élèves et apprentis. E. B.

VIII. **La législation récente sur les aliénés : progrès ou régression ;** par William GRAHAM (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1901).

Etude très spéciale, consacrée à une législation qui ne ressemble que de loin à la nôtre, et que nous devons nous borner à indiquer. R. M. C.

IX. **Le fonctionnement de la loi sur l'ivresse ;** par John CARSWELL (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1901).

X. **La législation sur l'ivresse ; en Angleterre, principalement au point de vue de la loi de 1898 ;** par William COTTON.

Ces deux mémoires visent et discutent, au point de vue de leur fonctionnement et de leurs effets, des textes de lois qui sont multiples et que nous ne connaissons guère en France où leurs dispositions ne seraient pas applicables, au moins actuellement.
R. M. C.

XI. **Responsabilité criminelle ;** par Henry LYLE WINTER. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901.)

Ce travail est un commentaire ou une discussion des mémoires publiés par M. Whiteway, en octobre 1899 et par M. Mercier, en avril 1900, mémoires dont il a été rendu compte à cette place. L'auteur croit à une diminution de la puissance de résistance morale chez les sujets à hérédité névropathique, mais il déclare que ce n'est qu'une simple opinion. Quant à l'existence de la paralysie générale au début dans les prisons, c'est une question discutée, mais qui ne lui parait pas avoir de rapport avec celle de la responsabilité telle qu'on la conçoit actuellement. Le cas cité par M. Whiteway n'est qu'un fait particulier, plus que regrettable, mais facile à éviter dans l'avenir. Le diagnostic de la paralysie générale au début n'est pas tellement difficile que l'on ne puisse

sûrement éviter que les malades de cette nature soient victimes d'injustices. On a formulé depuis quelques années beaucoup d'assertions qui ont paru prématurées ou hasardées, en matière de criminologie; mais tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que les criminels se distinguent de la foule par une manière d'être physique et morale aussi tranchée que celle qui sépare les fous des gens raisonnables. Pour des motifs divers, cette opinion est repoussée par beaucoup de médecins. L'opinion de l'auteur se résume en ceci : il faudrait faire pénétrer dans l'esprit des magistrats une idée qu'ils admettent difficilement et qui, pourtant est fort logique, et qui consiste à ne pas réserver toute son attention au crime, et à considérer non moins soigneusement le criminel; l'adoption de cette méthode constituerait un grand bienfait pour la société, sans aucun danger pour la justice.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XII. **Un cas d'homicide épileptique**; par R. PERCY SMITH. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1901.)

L'histoire de ce crime (assassinat d'une femme par son mari et d'un petit enfant par son père) est assez banale en elle-même, et si l'auteur donne une relation détaillée du procès criminel, c'est que, dans ce cas, où il s'agissait d'une épileptique ayant commis son double meurtre en état de parfaite inconscience et sans en garder ensuite aucun souvenir, le juge, contrairement aux errements ordinaires de la magistrature anglaise, a laissé à la défense la plus entière liberté de rechercher et de faire valoir les antécédents névropathiques de l'accusé, s'est prêté à toutes les recherches dirigées dans ce sens, et s'est montré, dans son résumé, nettement favorable à l'admission de l'irresponsabilité. L'accusé a été reconnu coupable, mais aliéné, et, par suite, interné dans un asile.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Une blanchisseuse, Mme Marie Perrot, âgée de quarante-six ans, demeurant 79, rue de Seine, se présentait, hier matin, au guichet de la gare de la place Saint-Michel, demandant un billet pour la Patagonie. « Je suis, glissa-t-elle confidentiellement dans l'oreille de la préposée, Eve Humbert, et je désirerais prendre rapidement la fuite. » Des employés remirent la pauvre folle entre les mains des agents, qui la conduisirent devant M. Payaud, commissaire de police du quartier de la Monnaie. Mme Perrot a été envoyée à l'infirmerie du dépôt. (Le *Journal*, 28 décembre 1902).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 juillet 1902. — PRÉSIDENCE DE M. MOTET

Contribution à l'étude du cyto-diagnostic dans la paralysie générale.

MM. GUIARD et DUFLOS communiquent trois cas de paralysie générale, assez difficile à diagnostiquer : dans le premier on pouvait penser à un simple délire alcoolique, mais la présence de lymphocytes fit craindre une paralysie générale ; en effet, ce pronostic ne tarda pas à se réaliser.

Le second cas est relatif à un homme présentant les symptômes de l'excitation maniaque. On aurait pu croire à un accès de paranoïa aigu ou de manie intermittente. La constatation des lymphocytes confirma le diagnostic de paralysie générale, caractérisée d'ailleurs, par de l'inégalité pupillaire et de l'hésitation dans la parole. Ce malade était syphilitique.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une confusion mentale simple. simulant la paralysie générale. Le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas de lymphocytes.

M. JOFFROY considère l'examen du liquide rachidien, par ponction lombaire, comme un élément considérable de diagnostic de la paralysie générale. La présence des éléments est un signe de début. Ils apparaissent avant l'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll.

Elle permet de diagnostiquer la paralysie générale de l'alcoolisme chronique et constitue un symptôme pathogénomique des paralysies générales douteuses.

M. LEGRAIN croit que la paralysie générale n'est pas la seule affection dans laquelle on constate l'envahissement du liquide rachidien par les lymphocytes.

M. VIGOUROUX a toujours eu recours à la ponction lombaire pour faire des diagnostics difficiles.

M. TOULOUSE demande si ces éléments ne se rencontrent pas dans l'alcoolisme chronique.

M. JOFFROY. — On en trouve parfois, mais rarement.

M. Nageotte. — La lymphocytose a une importance considérable dans le diagnostice précoce de la paralysie générale. Cependant on trouve aussi des lymphocytes dans toutes les encéplalopathies syphiliques. Or, toutes les formes de syphilis cérébrales ne se terminent pas par la paralysie générale.

M. Joffroy espère qu'un jour le cyto-diagnostic permettra de prévoir les rémissions de la méningo-encéphalite diffuse.

M. Nageotte. — Il en sera peut-être de la paralysie générale, comme il en est du tabes, dont nous connaissons des formes frustres.

M. Legrain croit que plusieurs intoxications peuvent provoquer la lymphocytose.

M. Nageotte. — La lymphocytose ne peut constituer un phénomène important, qu'à la condition d'être permanente. En effet, on peut la constater transitoirement dans le zona.

M. Vigouroux. — Les lymphocytes, bien que permanentes dans la paralysie générale, se présentent en nombre peu variable.

M. B.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 15 janvier 1903. — Présidence de M. P. RICHER

Sur une forme clinique et anatomo-pathologique de méningo-encéphalite tuberculeuse.

MM. Anglade et Chocreaux (d'Alençon). Le malade avait subi un violent traumatisme à huit ans, puis s'était bien porté. A dix-neuf ans, il est pris de crises convulsives épileptiformes, suivies de confusion mentale, et continue pendant six ans à revêtir le type complet de l'épileptique vulgaire avec délire, ce qui nécessite son internement. Il meurt enfin en état de mal sans avoir jamais présenté de phénomènes méningitiques. Par contre, à l'autopsie, son cerveau est parsemé de foyers de ramollissement inflammatoire au niveau desquels on trouve des tubercules. Il existe des tubercules dans les poumons. L'examen microscopique révèle une prolifération névralgique intense envahissant la substance blanche sous les foyers de ramollissement. Cette sclérose névroglique est en rapport évident avec la production des phénomènes épileptiques.

Autopsie d'un géant acromégalique et diabétique.

MM. Launois et P. Proy rapportent les résultats détaillés de l'autopsie d'un géant de 2 mètres 12 centimètres, présenté par

MM. Achard et Lœper, le 3 mai 1900, et mort dans leur service en quelques heures à la suite de crises convulsives généralisées, subintrantes de caractère épileptiforme. Ils ont constaté notamment : 1° un volumineux *épithélioma du corps thyroïde*, ayant considérablement dilaté la selle turcique (diamètre transversal, 40 millimètres) et se prolongeant en haut par un pédicule qui passe entre les deux nerfs optiques, sans les comprimer, s'enfonce dans la scissure interhémisphérique et pénètre dans l'intérieur du lobe frontal, où il remplit entièrement la cavité très agrandie du ventricule latéral.

2° *Une hypertrophie simple énorme du corps thyroïde* (250 grammes) qui tend à confirmer les observations de Rapowich, Gley, Bryce, Bedlow, etc., sur les rapports de dépendance qui existeraient entre les deux glandes thyroïdienne et pituitaire.

3° *Un gigantisme viscéral* ayant doublé ou triplé le poids de la plupart des organes (foie, rate, reins, pancréas, etc.), mais non de l'encéphale, semblable à celui qui fut trouvé chez des géants et chez certains acromégaliques par divers auteurs.

La constatation d'une tumeur hypophysaire confirme ici non seulement le diagnostic d'acromégalie posé pendant la vie, mais encore celui de gigantisme : squelettes d'anciens géants à selle turcique très agrandie (Taruffi, Cuningham, Sternberg, Tamburini, etc.) ; autopsies récentes de géants à tumeur pituitaire (Dana, Hutchinson, Dallemagne, etc.). Enfin la glycosurie observée pendant la vie, trouve aussi là son explication. En outre, la symptomatologie, relativement silencieuse, par laquelle s'était traduite cette tumeur, montre la nécessité de pratiquer l'examen radiographique du crâne, non seulement chez les acromégaliques (Béclère) mais aussi chez les géants. C'est cet examen qui a permis récemment à MM. Launois et Roy, en montrant l'agrandissement de la selle turcique, d'affirmer l'acromégalie chez un géant infantile de 2 mètres 4 avant même qu'il eut réalisé les déformations caractéristiques de la maladie de Pierre Marie.

M. P. Marie n'a jamais vu de prolongement ventriculaire des tumeurs de l'hypophise. Cette marche rapide, évolution et mort en quatre ou cinq ans est caractéristique de la nature épithéliomateuse de la tuméfaction pituitaire.

Atrophie ponto-cérébelleuse.

M. Thomas présente les pièces de l'autopsie d'un malade pour lequel M. Touche et lui-même avaient posé le diagnostic de sclérose en plaques, maladie dont le sujet présentait exactement les signes, mais dont les centres nerveux ne portent aucune lésion. Il s'agit d'une atrophie ponto-cérébelleuse avec dégénérescence presque totale du pédoncule cérébral, sauf le second cinquième interne

et du faisceau pyramidal dans la moelle. Le tremblement intentionnel et le nystagmus ne sont donc pas, comme M. Babinski l'a déjà avancé, pathognomoniques de la sclérose en plaques et ne se produisent dans cette maladie qu'autant qu'il y a de plaques de sclérose sur le cervelet, la protubérance et l'écorce cérébrale, étant donnée la suppléance possible entre l'écorce, le cervelet et les centres labyrinthiques.

Sur un cas de paralysie alterne avec déviation conjuguée de la tête et des yeux.

M. Thomas rapporte l'histoire de ce cas dont la lésion siégeait au niveau du genou du nerf facial. La dégénérescence du faisceau pyramidal était légère au-dessous, par contre la dégénérescence de la substance réticulaire était intense au niveau du noyeau de Deyters, et seulement du côté de la lésion (fibres déjà entrecroisées). L'état des faisceaux dégénérés viendrait en outre à l'appui de l'origine olivaire du faisceau de la calotte.

Tics, stéréotypies, aérophagisme, catatonisme.

MM. Brissaud et Henri Meige, présentent une malade de cinquante-neuf ans, atteinte de mouvements singuliers de la tête, du tronc et des membres. Ces mouvements, à première vue, semblent indescriptibles et n'avoir aucune signification; cependant, il s'agit de tics et de mouvements stéréotypés en relation avec un état mental particulier, obsession nosophobique qui pousse la malade à exprimer par une mimique extrêmement dramatique, les douleurs dont elle se dit atteinte. En réalité, cette malade est incapable de préciser le siège de ses douleurs, qui d'ailleurs ne sont que l'hypertrophie mentale de sensations banales. Les accidents ont débuté par des clignements d'yeux à l'occasion d'une conjonctivite ; celle-ci a guéri ; le clignement a persisté sous forme de tic. Plus tard, sont survenus des mouvements grimaçants du visage, des hochements de tête et toutes sortes de contorsions du tronc et des membres.

Ces mouvements sont tantôt convulsifs, de forme tonique ou de forme clonique, tantôt, ce sont des gestes ou des attitudes stéréotypés non convulsifs ; ils cessent dès que l'attention de la malade est attirée ailleurs ; ils s'exagèrent dès qu'elle parle ou qu'on lui parle de sa maladie. Sensibilité cutanée normale ; les réflexes sont impossibles à trouver, par suite d'un état de raideur presque catatonique des membres ; enfin, cette femme est atteinte d'un tic aréophagique qui se manifeste par des efforts exagérés de déglutition de l'air, suivis d'éructation sonores et inodores.

L'intérêt de ce cas est de montrer la coexistence chez un même sujet, de tics toniques et cloniques avec des mouvements stéréotypés, et enfin, avec des phénomènes de catatonisme.

L'état mental de cette femme est manifestement troublé par des préocupations nosophobiques, aujourd'hui, tous ses mouvements sont compréhensibles et n'ont qu'un but, traduire ses souffrances — *tics ou stéréotypes mimiques,* — ou bien ce sont *des gestes de défense* pour se protéger contre la douleur.

On peut présager, étant donné l'âge de la malade, cinquante-neuf ans, que son désordre mental et moteur ira croissant ; peut-être même est-elle menacée de tomber dans la démence. Ce jour-là, un observateur, qui n'aurait pas assisté au début des troubles moteurs de la malade, et qui n'aurait pu entendre les explications qu'elle donne de ses gesticulations outrancières, aurait grand peine à les interpréter.

Il en est pourtant ainsi de l'immense majorité des cas de tics et de stéréotypies observés chez les aliénés.

Les psychiâtres, M. Seglas en particulier, ont maintes fois, et avec raison, insisté sur cette pathogénie ; mais les cas où celle-ci apparaît avec évidence sont assez rares encore pour que nous ayons cru devoir en présentér cet exemple.

Micropsie chez un tiqueur.

M. Henry Meige rapporte l'observation d'un garçon de quinze ans, atteint depuis l'âge de sept ans de tic des paupières et de bégaiements, qui présente, en outre, un trouble singulier de l'accommodation. De temps en temps, sans cause, sans avertissement préalable, il voit les objets diminuer de grandeur, et demeurer ainsi plus petits pendant quelques minutes ; puis ceux-ci reprennent leurs dimensions normales. Malgré leur diminution, tous les objets restent parfaitement nets. Cette micropsie ne se produit qu'à la lumière artificielle et surtout lorsque le jeune homme fixe un certain temps un objet.

Des accidents analogues ont été signalés chez des hystériques.

Cependant, ce jeune homme ne présente aucun signe d'hystérie.

On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'un *trouble convulsif de forme tonique,* intermittent, localisé sur les muscles de l'accommodation, trouble comparable à ces accidents toniques convulsifs, dont l'auteur a signalé la coexistence ou l'alternance avec les phénomènes convulsifs de forme clonique présentés par les tiqueurs. Il s'agit assurément d'un *trouble fonctionnel de l'accommodation,* et l'on sait que les tiqueurs sont particulièrement aptes à adultérer toute espèce d'actes fonctionnels. On peut dire qu'ils ont autant d'habileté à déformer les actes moteurs que d'autres en ont à les perfectionner. Aussi ont-ils toujours à bénéficier d'une discipline motrice méthodique.

M. Crouzon montre les moelles de *trois cas d'hémorrhagie cérébrale avec ponction lombaire.* Le lique des ponctions était rouge et

nettement sanglant; des suffusions sanguines existent le long des moelles.

Pathogénie du tabes.

M. G. Guillain et P. Marie. D'après MM. Thomas et Hauser, l'origine du processus tabétique serait une névrite portant spécialement sur les racines postérieures et plus dystrophique qu'inflammatoire. D'après M. Nageotte, ce serait un état inflammatoire des racines postérieures à la sortie de l'espace sous-arachnoïdien et faisant suite à une syphilose méningée. Pour MM. Marie et Guillain.

La lésion méningitique est, en effet, constante, elle porte sur la pie-mère de la région postérieure de la moelle, alors que la pie-mère de la région antérieure est indemne. Les lésions des racines ne sont pas des lesions de névrite radiculaire pure, elles sont continues à celles des méninges. Or, M. Guillain a trouvé dans des cas de tabes récent des corps granuleux disséminés dans les cordons postérieurs, plus encore que dans les racines. Cette coïncidence des lésions piemériennes et médullaires est due à un système lymphatique spécial et autonome dévolu à la région postérieure de la moelle et la partie postérieure de sa pie-mère, système lymphatique injectable sur le cadavre et sur l'animal vivant, système rigoureusement postérieur et n'ayant aucune communication avec les espaces lymphatiques de la région antérieure. C'est ce système lymphatique médullo-piemérien postérieur antonome qui est atteint primitivement dans le tabes, et, si l'on admet que les lésions de la syphilis sont avant tout lymphatiques, on peut dire que le tabes à son origine pathogénique est une *lymphangite postérieure syphilitique de la moelle.*

M. Déjerine conserve l'opinion qu'il a émise avec M. Thomas. Cette diffusion de corps, granuleux dans la moelle, est sujette à caution ; elle ne caractérise pas une myélite, mais elle se trouve dans la majorité des cas de cachexie même sans myélite. Les malades de M. Guillain n'étaient-ils pas des tabétiques cachectiques. Dans de tels cas, on trouve de ces corps granuleux même dans la région antérieure de la moelle.

M. Philippe, invité à émettre son opinion par M. Raymond, rappelle les cas extrêmement nombreux de tabétiques d'une part et de syphilis cérébro-spinales d'autre part, dont il a eu à examiner les lésions depuis plusieurs années. De cet ensemble imposant de matériaux, il conclut dans le sens déjà indiqué par les grands maîtres, tels que Vulpian, Charcot, Flechsig, et récemment encore par Erb. Le caractère essentiel et primordial du tabes est d'être par dessus tout systématique, non seulement par sa localisation exclusivement postérieure et radiculaire, mais encore par le choix même des fibres qui sont spécialement touchées dans la moelle et

les racines. Ces fibres sont électivement celles qui vont aux cellules motrices des cornes antérieures. C'est là une loi qui lui paraît irrévocablement acquise. D'autre part, conformément encore aux enseignements de Westphall, Vulpian, etc., la nature de la lésion de ces fibres spéciales dépend d'un processus atrophique sans altérations interstitielles ni vasculaires ; le tube nerveux est atteint primitivement. Inutile d'insister sur la différence énorme entre cet état et le caractère tout à fait diffus des localisations syphilitiques cérébro-spinales simples qui ne sont jamais systématisées ni en aucun sens électives. Les altérations tabétiques comme celles de la paralysie générale sont donc une *classe spéciale de lésions syphilitiques qu'il faut mettre absolument à part.*

M. Marie est d'accord avec M. Philippe sur le point de la systématisation ; mais il revient sur le processus qui détermine ces lésions systématiques et admet que la lymphangite syphilitique suive naturellement les espaces lymphatiques des bandelettes externes, espaces en rapport avec les racines postérieures.

M. Raymond voudrait savoir jusqu'à quel point est réelle la certitude sur ces voies lymphatiques spéciales.

M. Gillain répond que ses expériences et celles de M. Lépine établissent l'existence, les limites et la répartition élective de ce système lymphatique médullaire postérieur (injections de matières colorantes solubles et de granulations colorées insolubles sur le cadavre et sur le chien vivant).

M. Sicard n'a pas obtenu le même résultat avec des injections à l'encre de Chine. Dans l'espace sous-arachnoïdien, la répartition a été uniforme faisant manchon autour de la moelle avec maximum au niveau des racines aussi bien antérieures que postérieures, et diffusion dans l'épendyme. Sous la pie-mère les injections sont restées sur place.

Valeur diagnostique de l'épilepsie spinale.

M. Babinski obtient à volonté la trépidation épileptoïde du pied sur des sujets normaux par le moyen suivant : mettant le pied en demi-extension et faisant raidir les muscles du mollet, il percute un moment le tendon d'Achille. Cela fait, on obtient par le procédé habituel un clonus du pied qui peut durer longtemps selon qu'on a plus ou moins excité le tendon. Il présente à l'appui deux sujets atteints de troubles névropathiques purement fonctionnels et insignifiants sur lesquels le clonus est négatif par le procédé direct et assez intense par contre.

Après percussion du tendon. L'épilepsie spinale n'a donc pas de valeur absolue comme signe de lésion du système pyramidal, le phénomène des orteils est, à ce titre, beaucoup plus important.

M. Raymond a observé, en effet, à la clinique, des faits analogues et des phénomènes cloniques qu'on provoque chez des malades dits neurasthéniques, phénomènes plus ou moins complexes qui ne sont que des semblants d'épilepsie spinale.

Cécité et surdité verbales avec paraphasie par lésion droite du cerveau.

M. Joffroy montre les pièces d'un sujet chez lequel ces symptômes d'aphasie sensorielle étaient dus à une **hémorrhagie située dans l'hémisphère droit, entre la 1re et la 3e temporales, et un foyer de méningo-encéphalite adhésive dans** la région du pli courbe également à droite. L'hémisphère gauche est entièrement indemne. Touche, Kussmaul et d'autres ont publié deux ou trois cas de lésions droites ayant produit l'aphasie chez des gauchers. Le sujet dont il s'agit ici devrait être un gaucher rectifié.

Trophœdème segmentaire acquis.

MM. Laygnel-Lavastine et Sicard présentent une jeune fille de vingt-huit ans, qui, à la suite d'une entorse, a été atteinte d'un œdème blanc, dur, douloureux, progressif et accompagné d'amaigrissement musculaire, mais sans réaction de dégénérescence ni troubles des réflexes du membre inférieur, s'étendant du pied à la cuisse qu'il est en train d'envahir. Le traitement thyroïdien n'a rien donné. Il s'agit vraisemblablement d'un trophœdème analogue aux œdèmes trophiques congénitaux.

Les troubles psychiques dans la syringomyélie.

MM. Pierre Marie et Georges Guillain. En parcourant les traités de neurologie et les observations publiées, on peut croire que les troubles psychiques n'appartiennent pas à la symptomatologie de la syringomyélie qui, pour tous les médecins, est considérée exclusivement comme une affection de la moelle et parfois du bulbe.

Nous avons cependant observé qu'arrivés à une phase avancée de leur affection, les syringomyéliques présentaient des troubles psychiques dont la valeur pronostique, à notre avis, est importante à connaitre. Deux de nos malades, plusieurs mois avant leur mort, eurent des idées de persécution, l'un d'entre eux devient véritablement dément, un autre, quatre mois avant sa mort, eut une psychose érotomaniaque, un quatrième malade eut un délire religieux, il s'est pendu. Nous observons actuellement un syringomyélique qui depuis deux mois à des hallucinations, un état d'excitation cérébrale très spécial.

Les troubles psychiques, dans nos cas, sont apparus dans la

syringomyélie plusieurs mois avant la mort, il nous semblent donc avoir souvent une signification pronostique incontestable. Ils peuvent d'ailleur avoir par eux-mêmes un pronostic grave, puisque un de nos malades s'est suicidé.

Ces troubles psychiqnes ne sont pas sous la dépendance de l'alcoolisme chronique, de l'urémie. de la glycosurie. Ils ne sont pas en rapport avec une maladie infectieuse, ni avec l'hydrocéphalie. Ils appartiennent à la symptomatologie propre de l'affection primitivement médullaire, ils sont un symptôme tardif et probablement plus fréquent qu'on ne l'a supposé dans la syringomyélie.

Contribution à l'étude de l'origine centrale de la paralysie saturnine. Observation avec autopsie.

MM. Cl. Philippe et de Gothard. Un homme de trente-sept ans, fait plusieurs séjours à la Salpêtrière en 1893, 1896, 1900, pour des accidents de paralysie amyotrophique. C'est un peintre-verrier qui a du saturnisme chronique depuis l'âge de vingt-quatre ans (crises fréquentes de coliques de plomb ; accidents d'encéphalopathie, avec accès épileptiformes, sans pertes de connaissance). C'est, en outre, un alcoolique (vin, absinthe, amers). Enfin, depuis de longues années, ce malade tousse aisément et il a des bronchites longues chaque hiver. Sa paralysie a débuté en 1893, arrivant en quelques semaines à abolir à peu près complètement les mouvements des pieds et des mains ; incomplètement ceux des jambes, des cuisses, des bras, des épaules. Un premier séjour à la Salpêtrière (mars, juin 1893), apporte une amélioration considérable à tel point que les mains sont complètement guéries, mais les pieds restent tombants. Surviennent une série de rechutes, avec améliorations de plus en plus incomplètes pendant les années suivantes. A noter de temps en temps quelques phénomènes douloureux (hyperesthésie cutanée; douleurs dans les poignets). A ses derniers séjours, la paralysie amyotrophique est surtout marquée aux extrémités, plus aux mains qu'aux pieds (conservation du long supinateur; — prise à peu près totale des muscles interosseux, etc.). — Réflexes tendineux plutôt exagérés. Réflexes cutanés exagérés. Pas de troubles objectifs de la sensibilité. Troubles oculaires (pupilles inégales avec mydriase gauche ; réflexes lumineux faibles ; réflexes accomodateurs énergiques; fond d'œil normal).

Plusieurs examens pratiqués par M. Huet, en 1893 et en 1896, ont montré des modifications électriques considérables, telles que : R. D. complètes dans le groupe musculaire-antibrachial, sauf le long supinateur, toujours resté indemne, dans tous les muscles de l'éminence thénar, y compris le muscle court adducteur du pouce et le 1er interosseux dorsal; R. D. partielle dans les muscles innervés par le sciatique poplité externe, bien que minime dans le mus-

cle jambier antérieur. Les troubles de la contractilité électrique sont allé en s'aggravant progressivement.

Le malade rentre en mars 1900 avec des signes indéniables de tuberculose pulmonaire à la période cavitaire, dans un état tel que tout examen devient impossible. Il meurt le 13 mars 1900. L'examen histologique, pratiqué à l'aide de toutes les nouvelles techniques (Nissl; Weigert-Pal; Marchi; coupes et dissociations) sur les pièces du système nerveux central et périphérique, démontre avant tout l'existence d'une poliomyélite antérieure subaigue (diminution de nombre des cellules; processus d'atrophie simple et exceptionnellement d'atrophie dite pigmentaire; sclérose des vaisseaux; sclérose névroglique légère), cette poliomyélite a évolué sans méningite, dans toute la hauteur de la substance grise, avec une prédominance marquée pour les renflements, en particulier pour le renflement lombaire et pour la moelle sacrée, en entraînant une dégénérescence secondaire des racines antérieures, fascicules par fascicules. Les cordons postérieurs, le restant de la moelle sont intacts. Les nombreux nerfs périphériques, dissociés ne présentent ni grosses granulations, ni corps granuleux, ni névrite segmentaire périaxile; leurs lésions sont histologiquement parlant d'ordre purement secondaire et dégénératif. Les muscles sont atrophiés sensiblement au prorata des altérations des grandes cellules d'origine.

Cette observation, qui appartient incontestablement à la paralysie saturnine, d'après les descriptions classiques, vient à l'appui de l'opinion des auteurs (Erb, Remak, Valpian, F. Raymond, Oppenheim, Jolly, etc.), qui ont toujours soutenu l'origine centrale de certaines formes de paralysie saturnine, notamment pour la forme généralisée et purement amyotrophique. Elle démontre à nouveau combien le diagnostc clinique de la névrite amyotrophique et de la poliomyélite antérieure reste difficile même à l'heure actuelle.

F. Boissier.

BIBLIOGRAPHIE.

Le dressage dans l'Education, par le Dr A. Bordier, directeur de l'école de médecine et de pharmacie de Grenoble (conférence faite à l'Ecole normale d'instituteurs).

Partant de ce principe que l'instinct est pour l'homme un guide plus sûr qu'une réflexion raisonnée, le Dr Bordier voudrait que l'éducateur s'efforçât de donner à l'enfant l'habitude du bien, afin qu'il en arrive à être brave, honnête et bon, sans avoir besoin de faire intervenir l'effort de la volonté.

Avec Spencer, il ne désespère pas de la venue d'un temps « où l'homme deviendra si organiquement moral qu'il accomplira par instinct, à la manière des fourmis, des actes d'héroïsme et de dévouement ». Plus tard, il sera possible de faire intervenir l'intelligence raisonnée pour faire naître le mérite, mais il faut d'abord l'habitude que crée l'instinct moral.

Cette conception ne peut s'harmoniser avec l'idée d'une morale absolue. Aussi le Dr Bordier considère-t-il la morale comme toujours en devenir; elle évolue avec la société qu'elle a pour but de consolider, et comme elle est avant tout la science de la vie pratique, elle doit bien s'accommoder aux lieux et aux temps. C'est cette morale utilitaire qu'on peut et qu'on doit transformer en instinct, en faisant vivre l'enfant dans un milieu d'êtres déjà dressés et en lui faisant subir la contagion de l'exemple. Il faudra, suivant le même principe, faire disparaître les instincts mauvais et améliorer ceux qui ne concorderaient plus avec les nécessités du moment. Pour ne pas faire entâcher d'utilitarisme outré ces principes de morale, le Dr Bordier estime que cette sorte de dressage ne constitue pas le seul but de l'instituteur; ce dernier devra couronner et compléter son ouvrage en redevenant, une fois son rôle de dresseur terminé, un éducateur intellectuel, en faisant comprendre à ses élèves la valeur morale des habitudes qu'il leur aura données.

Et l'auteur termine par quelques réflexions dont nous goûtons trop la justesse pour ne pas les relever. « Si l'éducateur, dit-il, ne doit être ni médecin, ni biologiste, ni psychologue, il doit cependant apprendre à sentir à quel moment il devra réclamer le secours d'une cure médicale pour obtenir ce que n'a pu donner une méthode éducatrice. Il faut qu'il connaisse suffisamment le domaine exploré par la physiologie et la médecine pour qu'il ait en quelque sorte l'empirisme de ces sciences; alors il substituera aux épithètes de paresseux, d'indolent, de vicieux, celles de lymphatique, d'anémié, de malade en un mot, et au lieu de sévir, il préviendra la famille et le médecin. » Le Dr Bordier ne pouvait mieux dire en s'adressant à de futurs éducateurs.

Que d'enfants seront sauvés de la maladie et peut-être du crime, si ses auditeurs se souviennent plus tard de cette belle conférence !

J. Boyer.

VARIA.

Ecole de psychologie. 49, *rue Saint-André-des-Arts*, 49 (Au siège de l'Institut psycho-physiologique)

cours de 1903

L'inauguration des cours a eu lieu le lundi 12 janvier, à cinq

heures, sous la présidence de M. le professeur GIARD, membre de l'Académie des sciences, professeur à la Sorbonne. La leçon d'ouverture a été faite par M. CAUSTIER, professeur au lyeée Hoche sur *la méthode en psychologie zoologique.*

Hypnotisme thérapeutique. M. le Dr BÉRILLON, professeur. Objet du cours : 1° La thérapeutique des maladies de la personnalité, les lundis à cinq heures, à partir du lundi 12 janvier ; 2° Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie, les jeudis à cinq heures à partir du jeudi 15 janvier.

Hypnotisme expérimental. M. le Dr Paul MAGNIN, professeur. Objet du cours : L'hypnotisme chez les hystériques : Les anesthésies, les lundis et les jeudis à cinq heures et demie, à partir du lundi 12 janvier.

Hypnotisme sociologique. M. le Dr Félix REGNAULT, professeur. Objet du cours : L'hypnotisme dans les religions orientales : Le Coran, les vendredis à cinq heures, à partir du vendredi 16 janvier.

Psychologie normale et pathologique. M. le Dr Paul FAREZ, professeur. Objet du cours : La pathologie du sommeil naturel : Les insomnies, les mardis et samedis à cinq heures, à partir du mardi 13 janvier.

Psychologie du criminel. M. le Dr WATEAU, professeur. Objet du cours : La femme délinquante et criminelle, les vendredis à cinq heures et demie à partir du vendredi 15 janvier.

Psychologie des foules et Folkore. M. le Dr Henry LEMESLE, professeur. Objet du cours : Superstitions locales : Les petits pèlerinages, les mercredis, à cinq heures et demie, à partir du mercredi 14 janvier.

Anatomie et Psychologie comparées. M. E. CAUSTIER, agrégé, professeur de l'Université. Objet du cours : L'évolution des sentiments et des fonctions psychiques dans la série animale, les samedis à cinq heures et demie, à partir du samedi 17 janvier.

Psychologie des animaux. M. LÉPINAY, professeur.Objet du cours : L'éducation et le dressage des animaux, les mercredis à cinq heures, à partir du mercredi 14 janvier.

CONFÉRENCES DE 1903

Au siège de l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, les vendredis à huit heures et demie du soir.

Vendredi 16 janvier, à huit heures et demie, *L'hypnotisme et l'orthopédie morale*, par M. le Dr BÉRILLON, médecin inspecteur des asiles d'aliénés (avec projections). Vendredi 23 janvier, à huit heures et demie, *La psychologie de l'enfant arriéré et la lutte contre la dégénérescence mentale*, par M. le Dr Jules VOISIN, médecin de la Salpêtrière (avec projections). Vendredi 30 janvier, à huit heures et demie, *Education scientifique et psychologie*, par M. LAISANT, docteur ès sciences, examinateur à l'Ecole polytechnique. Vendredi

6 février, à huit heures et demie, *Le caractère dans les maladies : Le tuberculeux, le cardiaque, le dyspeptique,* par M. le Dr Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine. Vendredi 13 février, à huit heures et demie, *L'émotivité morbide : Le traitement psycho-thérapique de la timidité,* par M. le Dr Bérillon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés (avec projections). Vendredi 20 février, à huit heures et demie, *La suggestion collective : La discussion et la propagande,* par M. L. Le Foyer, vice-président de l'Association de la paix par le droit. Vendredi 27 février à huit heures et demie, *La certitude médicale : Influence des Rayons X sur les progrès de la médecine,* par M. le Dr de Bourgade la Dardye, directeur du journal *les Rayons X* (avec démonstrations de radioscopie). Vendredi 6 mars, à huit heures et demie, *Le rôle psychologique de l'officier français,* par M. le capitaine Villetard de Laguérie. Vendredi 13 mars à huit heures et demie, *La psychologie de l'éléphant,* par M. Caustier, professeur au lycée Hoche (avec projections). Vendredi 20 mars à huit heures et demie, *Les causes d'affaiblissement de la volonté : La thérapeutique des aboulies,* par M. le Dr Paul Joire (de Lille).

La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

Hotel-Dieu. — *Maladies du système nerveux.* — M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons cliniques (*Traitement des maladies nerveuses*), le Dimanche 1er février, à 10 heures (Amphithéâtre Trousseau), et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Consultation externe et policlinique, le samedi à 9 h. 1/2 (Salon de la Salle Sainte-Anne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Alombert Goget (J.-G.). — *L'internement des aliénés criminels.* In-8 de 208 pages. J.-B Baillière, éditeur.

Chipault (A.). — *Etat actuel de la chirurgie nerveuse.* T. Ier. In-8° de 800 pages avec 230 figures. Paris 1902. Rueff éditeur. Prix : 25 francs.

Deny (G.) et Roy (P.). — *La démence précoce.* In-18 de 96 pages (Actualités médicales). Prix : 1 fr. 50; J.-B. Baillière, éditeur.

Jennings (Oscar). — *La guérison de la morphinomanie sans souffrance.* In-18 de 232 pages. Prix : 4 francs.

Le rédacteur-gérant : Bournevill.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 1-1903.

Vol. XV. Mars 1903. N° 87.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

Nouvelle contribution à l'étude des psychoses post-opératoires;

Par MM. Lucien PICQUÉ et Marcel BRIAND.

La communication que nous avons faite en 1898 à la *Société de Chirurgie* sur les *psychoses post-opératoires* est bien venue à son heure pour montrer tout l'intérêt qui s'attache à cette question. La longue discussion qui a été ouverte devant cette Société a fixé des points importants.

Des thèses ont été soutenues où les auteurs ont envisagé des côtés différents de la question[1], des leçons cliniques[2] sont venues consacrer d'une façon officielle les faits que nous avions indiqués. Des articles divers ont été écrits sur le même sujet[3]. Enfin le rapport important de Rayneau d'Orléans au Congrès d'Angers et la discussion qui en a suivi la lecture, ainsi que la discussion de la *Société de Médecine de Bordeaux* (*Bull. méd.*, 17 juillet 1898) démontrent suffisamment l'importance de ce sujet.

Notre intention en revenant aujourd'hui sur cette question

[1] Thèse de Truelle, 1898. — Thèse Margoliez, 1898. — Thèse Guyot, 1899.

[2] Professeur Joffroy (*Presse médicale*, 19 mars 1898). — Professeur Berger (*Médecine moderne*, 17 juin 1899). — Professeur Duplay (*Presse médicale*, 28 juin 1899).

[3] Callienzis d'Athènes et Montprofit d'Angers (*Ang. Médical*, 1898). — Batigne (*Gaz. des Hôp.*, 3 juin 1899. — Marandon de Monthyel (*Revue de Chirurgie*, 1898). — Maurange (*Gazette hebdomadaire*, 14 avril 1898. — Doléris (*Société obstétricale*, 8 juin 1898. — *Revue de psychiatrie*, août 1898). — Ozenne et Reynier (*Société de médecine et chirug. prat.*, 5 mai 1898). — Gallois (*Bulletin médical*, 1898).

est de montrer le chemin parcouru depuis cette époque, de fixer les points définitivement établis, de discuter ceux qui sont restés en litige, de mettre en lumière certains faits nouveaux à l'aide des documents personnels que nous avons pu recueillir au cours de ces dernières années.

Il nous restera enfin à montrer, en élargissant le problème, quel intérêt il y a pour le chirurgien et pour l'aliéniste à bien connaître les psychoses post-opératoires.

Restant fidèles à la définition que nous en avons donné à la *Société de chirurgie*, nous n'envisagerons sous la dénomination de *psychoses post-opératoires* que les troubles délirants qui se produisent dans la sphère de l'idéation seule.

Quelques auteurs qui ont écrit depuis sur ce sujet ont cru devoir y ranger tous les troubles nerveux qu'on peut observer à la suite des opérations. Maurange, dans un excellent article rempli d'ailleurs d'aperçus judicieux, Gallois dans son article sur l'état mental des ovariotomisées, n'ont pu se mettre en garde contre cette cause d'erreur et quelques-unes des observations qu'ils nous ont citées sont relatives à des neurasthénies simples qui pourraient être, pour certains, rangées dans le groupe qui nous occupe, mais dont nous devons réserver l'étude.

Dans un autre travail[1], nous avons montré que la neurasthénie post-opératoire existe bien réellement, et qu'elle est même fréquente. Nous avons insisté également sur sa valeur pathogénique au point de vue de la production d'un certain nombre de psychoses post-opératoires ; mais si le vrai délire peut naître dans certains cas, comme nous avons essayé de le prouver, d'un état neurasthénique, il est pratiquement préférable de ne pas les confondre et l'on doit les étudier séparément, réservant exclusivement au groupe des psychoses post-opératoires, les cas qui ressortissent à notre définition. Même en envisageant les faits de cette façon, l'accord n'est pas encore parfait parmi les cliniciens.

M. Régis a soutenu au Congrès d'Angers qu'il fallait ranger sous cette dénomination les délires d'intoxication que nous nous étions appliqués à distinguer des vrais délires sous le nom de faux délires post-opératoires.

[1] Picqué et Dagonet. *Neurasthénie post-opératoire*; Piqué et Dagonet, *Recueil des travaux*, 2e volume, 1902, Masson.

Bien que notre très distingué collègue n'ait pas été, en cette circonstance, suivi par les autres observateurs, nous croyons utile d'insister à nouveau, sur la nécessité de séparer avec soin les deux catégories de délire, en nous servant d'arguments qui nous paraissent convaincants.

Certes au point de vue philosophique, ces deux variétés se produisant à la suite des opérations mériteraient de rentrer dans le cadre des psychoses post-opératoires ; mais cette classification n'est rationnelle qu'en apparence, elle a pour nous le grave inconvénient d'amener en clinique la confusion la plus regrettable en rangeant sous la même dénomination des éléments disparates, d'obscurcir la question de la prophylaxie qui au point de vue chirurgical doit tenir le premier rang, et aussi, de permettre au chirurgien d'échapper à la responsabilité de ses actes.

Nous désirons, avant d'aller plus loin, nous expliquer sur ces deux points. Lorsque nous avons commencé à rechercher dans la science, pour établir le groupe des vraies psychoses post-opératoires, des cas semblables à ceux que nous observions depuis de longues années dans les asiles, nous nous sommes heurtés à un certain nombre de faits d'intoxication septicémique évidente.

Nous avons été amené naturellement à les éliminer puisqu'il ne s'agissait en réalité que de délires transitoires (véritables délires d'hôpital), se terminant rapidement par la guérison ou par la mort, et nous ne pouvions nous résoudre à ranger dans le même groupe, deux variétés de délire qui diffèrent tant, au point de vue de l'étiologie, des symptômes et du traitement.

Si rationnellement il s'agissait bien de délires survenant après une opération, ils différaient tellement de ceux que nous connaissions, que nous ne pouvions évidemment songer qu'à établir deux groupes bien distincts de délires post-opératoires.

M. Marandon de Monthyel, dans son article critique de la *Revue de chirurgie*, a insisté également sur ces différences.

Alors que les premiers sont essentiellement transitoires, et doivent être soignés à l'hôpital, les deuxièmes sont permanents, ou tout au moins d'une durée plus ou moins longue et nécessitant l'internement dans un asile. En fait personne ne niera qu'il y a des opérés délirants après un

traumatisme opératoire qui sont envoyés à l'asile pour y guérir ou pour y rester ; tandis qu'il en est d'autres qui présentent des délires transitoires dus surtout à la septicémie, rarement au chloroforme ou aux autres agents médicamenteux.

On ne doit pas plus les confondre qu'on ne confond les cas de folie puerpérale qu'on amène à l'asile avec des délires puerpéraux transitoires dus à la septicémie. Les unes sont bien des délires d'asile, et arrivent seuls aux aliénistes ; les autres sont des délires d'hôpital. Ne voit-on pas l'intérêt considérable qu'il y a à les distinguer pour ne pas envoyer à l'asile et les traiter comme aliénés, des malades qui doivent guérir à l'hôpital ou y mourir.

L'un de nous a cité ailleurs des cas de délirants d'hôpital venus à l'asile comme aliénés, y mourir parfois rapidement, ou guérir quand il lui avait été possible d'intervenir à temps. Il a eu l'occasion de voir récemment dans un asile, une malade envoyée comme atteinte de psychose post-opératoire puerpérale et qui y est morte au bout de vingt-quatre heures en pleine septicémie puerpérale. Il a relaté d'autre part dans une communication à la *Société de Chirurgie* (1er mars 1898) l'exemple d'un malade envoyé en plein délire fébrile d'un service parisien, chez lequel il a pu reconnaître à temps une suppuration très étendue du genou et qui guérit de sa prétendue psychose par une amputation de la cuisse.

Parfois il est difficile de classer les faits dans l'une ou l'autre de ces catégories. C'est ainsi que dans le cas qu'a bien voulu me communiquer mon excellent confrère le professeur Walther de Gothembourg (Suède) et qui se trouve à la fin de ce travail (obs. IX), il est probable qu'il s'agissait d'un délire infectieux, sans qu'il soit possible de l'affirmer cependant.

Quoi qu'il en soit, cette observation est intéressante à connaître, car elle montre qu'il existe une gradation insensible entre les psychoses post-opératoires chirurgicales et psychoses d'asile post-opératoires ; et la question se complique encore de la doctrine infectieuse appliquée à toutes les variétés de psychoses.

Enfin, on observe souvent, ainsi que l'a démontré M. Magnan, des délires fébriles ou d'intoxications superposés à de véritables psychoses, les uns et les autres survenus consé-

cutivement à une opération; ce n'est qu'après la disparition de l'épiphénomène d'intoxication passagère, qu'on peut découvrir la coexistence d'une folie durable.

Les délires d'asiles, les vraies psychoses post-opératoires selon nous, celles que M. Marandon de Monthyel désigne plus spécialement sous le nom de folie post-opératoires pour les distinguer des délires transitoires précédemment étudiés ne sont pas par contre admis par tous les auteurs.

Notre distingué collègue de Bordeaux n'admet pas cette catégorie et il s'est prononcé formellement sur ce point au Congrès d'Angers. Nous tenons tout d'abord à répéter ce que l'un de nous a écrit dans un article du *Bulletin médical* (14 septembre 1898), que les malades auxquels il était fait allusion n'étaient pas des aliénés chez lesquels des opérations ont été pratiquées; mais des malades qui ont été opérés à l'hôpital et qui ne sont venus à l'asile que parce qu'ils ont présenté après l'opération des troubles cérébraux persistants.

Dans une première communication à la *Société de Chirurgie,* l'un de nous [1] avait présenté ces malades sans étiquette en se bornant à montrer que cette catégorie existe réellement. A la question posée : l'opération a-t-elle chez eux engendré le délire? Chirurgiens et aliénistes ont répondu.

Les chirurgiens se sont appliqués à démontrer chez leurs opérés l'existence de psychopathies antérieures ou de prédispositions héréditaires.

Quant aux aliénistes, ils ont fixé définitivement ce point culminant de la question. M. Truelle, disciple distingué de M. Magnan, a indiqué que de toutes les causes indiquées pour expliquer l'apparition de la psychose post-opératoire, une seule était réelle et efficiente, à savoir la prédisposition héréditaire ou acquise.

M. le professeur Joffroy a soutenu la même opinion dans son intéressante leçon clinique. La plupart des aliénistes d'ailleurs déclarent que les malades qui délirent après les opérations sont des prédisposés vésaniques « dont le cerveau était en quête d'une occasion de délirer (*Marandon*) » et c'est encore là une raison de séparer ces formes de la forme

[1] M. Lucien Picqué, *Soc. de chirurgie,* 1897.

infectieuse ou septicémique où la prédisposition vésanique ne paraît pas nécessaire à certains aliénistes.

Voilà un point qui paraît solidement et définitivement établi, et tous les les cas survenus, chez des sujets indemnes de toute prédisposition héréditaire ou acquise, doivent être tenus pour suspects.

La malade G... (obs. I) était nettement une prédisposée ; il en était de même de la malade H... (obs. II).

Le premier malade de M. Dubousquet (obs. VI), présentait très nettement une dégénérescence mentale avec hystérie. La deuxième du même auteur était hypochondriaque (obs. VII).

Dans le cas de M. Vigouroux (obs. V), nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents héréditaires, et il en est malheureusement de même dans un certain nombre d'observations, et si nous avons cité un de ces cas, c'est pour bien montrer qu'il ne faut pas conclure de la présence de troubles après une opération, à l'existence d'une psychose post-opératoire vraie. Dans l'observation qui nous a été communiquée par M. Mignot, chef de clinique de la Faculté (obs. VIII), nous avons peu de renseignements sur l'histoire de la malade. En tout cas, il s'agit d'une débile et le délire post-opératoire s'explique aisément.

Ces observations viennent confirmer d'ailleurs celles publiées dans une deuxième communication [1]. Même dans les cas publiés par l'un de nous, où les troubles psychiques se sont greffés sur un état neurasthénique post-opératoire, il est évident que là encore, on ne saurait nier l'influence de ces prédispositions héréditaires ou acquises.

Dans un mémoire, l'un de nous a dit que les psychoses post-opératoires étaient une légende. Or, il a voulu viser les auteurs qui ont prétendu que l'opération pouvait à elle seule produire la psychose.

La psychose post-opératoire en elle-même est un fait qu'on ne saurait nier ; ce qui est une légende, c'est la doctrine de certains qui admettent le pouvoir qu'aurait l'opération de créer seule la psychose, puisque nous savons aujourd'hui, grâce à de nombreux travaux, que cette variété de psychoses ne peut se produire que chez les dégénérés ; nous

[1] Faite à la *Société de chirurgie*, du 2 mars 1898.

aurons à tirer de ces faits des enseignements importants au point de vue chirurgical.

Déjà en 1887, dans un travail intéressant lu à la *Société médico-psychologique* [1], M. Charpentier réservait son premier groupe aux idées morbides pouvant aller jusqu'au délire chez les traumatisés ou les opérés ; et, dès cette époque, l'auteur en appelait aux chirurgiens, leur demandant de rechercher les antécédents héréditaires. Il y voyait l'occasion de reprendre, pour le compte de la diathèse névropathique, les idées de Verneuil sur le réveil des diathèses.

Mais de ce que l'acte opératoire ne joue qu'un rôle occasionnel, au même titre qu'une perturbation physique ou morale quelconque, faut-il rejeter comme Régis cette classe de psychoses, ou les appeler comme M. Truelle « psychoses, dites post-opératoires » ? Je ne le crois pas pour ma part, malgré le peu de fixité des symptômes de la marche, du pronostic et du traitement.

La prédisposition héréditaire peut réagir selon un mode particulier à chaque cerveau et produire, comme nous le verrons plus loin, une forme de délire différente selon les cas.

L'importance de la donnée étiologique d'une part, les conséquences prophylactiques qui en découlent d'autre part, sont telles, que se trouve suffisamment justifiée, au point de vue pratique, la classe des psychoses post-opératoires.

Les malades qui en sont atteints avaient jusqu'alors échappé, grâce à des circonstances heureuses, à toute perturbation physique ou morale. Une seule paraît avoir agi : l'opération, et c'est cette opération qui a été véritablement le point de départ de la psychose.

Pourquoi vouloir la supprimer ? Qu'on la fasse rentrer dans les psychose de dégénérescence, la chose va de soi, et le chirurgien ne pourra que se féliciter que les aliénistes aient fixé ce point de la question.

Il reste à trouver quelles sont les tares physiques ou les stigmates psychiques, suivant le mot si heureux de M. Magnan, de la dégénérescence mentale qui permet de penser que tel prédisposé pourrra délirer consécutivement à un traumatisme opératoire. En attendant, il suffira au chirurgien

[1] *Les idées morbides et les délires de persécution.*

de savoir que chez une classe de dégénérés, l'opération peut conduire à une psychose. Nous verrons plus loin que cette donnée bien connue de lui, lui permettra de restreindre de plus en plus le chapitre des psychoses en s'abstenant d'opérer certains malades.

M. Régis pense que dans ces conditions on doit invoquer une coïncidence. On pourrait alors se demander à bon droit, avec M. Marandon, pourquoi cette coïncidence ne serait pas invoquée lorsque la psychose apparaît chez un dégénéré à la suite d'une perturbation quelconque.

A titre de coïncidence, nous pouvons citer, d'ailleurs, l'observation du malade du Dr Legrain et qui se trouve à la fin de ce mémoire (obs. IV).

Un malade opéré de cure radicale présente quelques troubles psychiques après son opération : sa femme interrogée raconte qu'il avait présenté déjà quelques symptômes avant son opération. Quoi qu'il en soit, le malade devient paralytique général.

Il est certain que l'opération n'a pu produire une paralysie générale, c'est-à-dire une maladie à lésions anatomiques bien caractérisées. Tout au plus peut-on se demander si l'opération n'a pas fait éclater les symptômes cliniques jusqu'alors latents. Les mêmes réflexions peuvent être faites pour la malade Q... (obs. III).

Les opérations gynécologiques prédisposent-elles plus que d'autres, à l'éclosion du délire post-opératoire ? C'est un point qui, à diverses reprises, a exercé la sagacité des observateurs et qui aujourd'hui peut être considéré comme définitivement tranché. A part Ollier et Ledentu, qui au cours de la discussion que j'avais soulevée en 1898 à la Société de Chirurgie ont affirmé ce rapport de causalité, tous les chirurgiens sont unanimes à déclarer que l'intervention dans la sphère génitale de la femme ne prédispose pas plus à la psychose post-opératoire qu'aucune autre opération.

Déjà en 1891, les chirurgiens qui avaient pris part à la discussion du Congrès de chirurgie étaient arrivés à la même conclusion.

La confusion trop fréquente entre la neurasthémie simple et les psychoses délirantes est une des raisons qui ont probablement conduit les auteurs à admettre cette relation. On voit souvent des états neurasthéniques réveillés à la suite

d'interventions chirurgicales et comme le nombre des opérations pratiquées dans la zone génitale de la femme est aujourd'hui considérable, il semble que cette intervention y prédispose particulièrement; mais comme, d'autre part, des troubles analogues se présentent aussi bien chez l'homme que chez la femme à la suite des opérations les plus diverses, on n'est pas autorisé à affirmer que les opérations abdominales chez la femme les prédisposent plus que d'autres aux vraies psychoses post-opératoires.

Les symptômes de la psychose post-opératoire sont des plus variables.

C'est en s'appuyant d'ailleurs sur cette variabilité des symptômes que quelques auteurs se refusent à grouper à part les psychoses post-opératoires; aucun ne s'est d'ailleurs appliqué à fournir des arguments très décisifs en faveur de la suppression des psychoses post-opératoires. Il y avait néanmoins dans leur étude des notions bien précieuses à acquérir au point de vue des indications et contre-indications opératoires chez les aliénés.

Dans l'étude symptomatologique des psychoses post-opératoires il convient tout d'abord d'éliminer les formes qui ressortissent à des lésions anatomiques bien définies; on ne saurait évidemment y faire rentrer le cas du malade cité plus loin et devenu paralytique général après l'opération; il l'était probablement avant et on ne doit voir dans ce fait qu'une simple coïncidence. Tout au plus pourrait-on penser que l'intervention chirurgicale a réveillé une symptomatomatologie jusqu'alors latente?

A quelle cause attribuer la variabilité des formes délirantes que l'on peut observer à la suite des opérations? C'est la forme variable de la mentalité ou de la prédisposition qui crée la forme de la psychose, tout comme la variété de l'agent toxique crée les variétés du délire d'intoxication. Chez telle malade hystérique qui a présenté autrefois des accès de manie, l'acte opératoire pourra développer une psychose revêtant la forme de la manie hystérique. Chez telle autre, la psychose prendra les allures d'un délire de persécution dans lequel ne manqueront pas d'entrer parents et opérateurs qui auront sollicité ou pratiqué une opération dans le but de nuire au malade. Chez tel malade, l'opération pourra, par la perte de sang ou les préoccupations morales, détermi-

ner de la dépression mélancolique ou un véritable accès de délire mélancolique.

La nature même de l'opération pourra avoir sur l'opéré une influence déterminante, quant à la forme de la psychose. Les opérations pénibles, la perte d'un membre, du sein chez la femme, l'anus contre nature ou la fistule urinaire hypogastrique, les opérations entravant la puissance génésique de l'homme, engendrent plus particulièrement les formes mélancoliques. Et si ces formes sont fréquentes à la suite des opérations, ce n'est pas tant parce qu'elles constituent les formes les plus ordinaires de l'aliénation, que parce qu'elles sont provoquées par une catégorie spéciale d'opérations. Nous en avons constaté un grand nombre de cas, publiés ailleurs.

Il faudrait donc, pour expliquer les différences symptomatiques si considérables que l'on observe dans les psychoses post-opératoires, tenir compte de l'âge, des antécédents héréditaires, des formes de troubles mentaux présentés par la malade, surtout aussi du degré de prédisposition, enfin, de la nature, de l'importance et du siège de l'opération pratiquée, ainsi que des suites opératoires. Sous ce rapport, l'un de nous a eu l'occasion de voir récemment une malade, depuis longtemps hypochondriaque et mélancolique, présenter à la suite d'une hystérectomie abdominale qui avait demandé de longs mois à guérir, une crise de mélancolie aiguë avec tendance au suicide, qui disparut brusquement dès que la malade put se lever.

Le diagnostic découle des considérations qui précèdent. On ne se contentera pas de considérer comme psychose post-opératoire tout trouble de l'idéation pouvant succéder à une opération. Déjà en 1898, dans une première communication à la *Société de Chirurgie* (*Bull.*, 1[er] mars 1898), nous avions demandé qu'on éliminât de ce cadre les psychoses d'ordre médical pur, dépendant d'une affection antérieure du sujet, ainsi que des délires toxiques et médicamenteux.

L'expérience nous ayant démontré, depuis qu'on peut observer à la suite d'opérations l'apparition de maladies jusque-là méconnues, comme la paralysie générale, par exemple, dont le début réel remontait plus ou moins loin avant l'opération, il convient également d'en faire le départ.

De la sorte, on se trouve amené à n'avoir plus à considérer que deux délires post-opératoires : le délire septicémique et le vrai délire vésanique (délire d'Asile, proprement dit).

Cette distinction étant d'ailleurs justifiée par les considérations précédentes, il suffira, dans chaque cas du premier groupe, de rechercher l'existence du foyer infectieux causal.

Dans certains cas le foyer a pu exister, mais a diparu presque complètement : une observation du professeur Walther, de Gothemberg, nous montre la difficulté de classer ces variétés intermédiaires et l'on doit se demander si dans ce cas la forme même du délire ne pourrait pas fournir une indication utile. La confusion mentale que l'on tend à considérer aujourd'hui comme caractéristique d'un délire infectieux pourrait dès lors constituer un élément précieux de diagnostic. Quoi qu'il en soit, cette distinction est indispensable à établir pour le pronostic et le traitement.

Le *pronostic* diffère naturellement selon la variété du délire.

Dans le mémoire déjà cité (1er mars 1898) l'un de nous citait le cas d'un malade envoyé dans un asile pour un délire post-opératoire et qui guérit par l'amputation de la cuisse.

Depuis cette époque, il en a observé bien d'autres cas, et pense que, hormis les cas de septicémie généralisée, la guérison peut être considérée comme la règle.

Il en est tout autrement dans les cas de psychoses vraies post-opératoires qui relèvent de l'aliéniste seul. Là, cependant, il est encore nécessaire d'établir des catégories. Dans les variétés mélancoliques dépendant d'infirmités curables, le pronostic est relativement favorable et susceptible d'être amélioré par l'intervention chirurgicale. Dans les autres cas, il est absolument variable et dépend entièrement du degré de la prédisposition héréditaire ou acquise du malade.

Les considérations qui précèdent nous permettent d'être bref sur le *traitement* des psychoses post-opératoires.

Dans les formes septicémiques, l'indication est très nette. Rechercher le foyer infectieux et se comporter suivant les cas. Dans la psychose vraie, remplir l'indication chirurgicale chaque fois qu'elle se présente; lorsque le trouble mental semble étroitement lié à la lésion. Or, les indications peuvent être nombreuses, car toute la chirurgie, ainsi que l'un de nous a eu souvent l'occasion de le voir, peut trouver

son application : tantôt, à la suite d'opérations, ce sont des ankyloses (chirurgie orthopédique), tantôt des fistules urinaires ou stercorales (chirurgie réparatrice). Tantôt des perforations de la voûte palatine, parfois les maladies des yeux, de l'oreille, du nez, et qui peuvent se guérir à la suite d'une nouvelle intervention,

De l'étude précédente nous pouvons tirer les conclusions suivantes ;

1° Sous la dénomination de psychoses post-opératoires, on ne doit comprendre dans la pratique que les troubles qui se produisent dans la sphère de l'idéation. Cette définition est indispensable pour séparer de ce groupe d'autres manifestations avec lesquelles les psychoses ont été abusivement confondues. La neurasthénie post-opératoire doit en être rigoureusement séparée et constituer un chapitre à part ; elle ne présente d'intérêt que comme élément pathogénique possible des psychoses.

2° Dans ce groupe ainsi délimité, on doit écarter les délires d'intoxication ou en former un chapitre à part. Si au point de vue nosologique pur, le rapprochement peut être soutenu, il ne saurait être de même dans la pratique. La réunion de ces deux variétés de psychoses vient obscurcir la question au point de vue de la prophylaxie de la symptomatologie, du pronostic et du traitement.

Les délires infectieux sont des délires transitoires qui doivent guérir à l'hôpital spontanément, ou après une intervention chirurgicale. Les envoyer à l'asile, comme on le fait malheureusement trop souvent, c'est leur imposer une séquestration inutile et les éloigner du milieu chirurgical où ils peuvent guérir. Les vrais délires post-opératoires, au contraire, sont des délires permanents qui ne peuvent être traités qu'à l'asile.

La pathogénie de ces délires varie dans les deux groupes. Dans le premier, le délire est, ainsi que nous venons de le dire, exclusivement sous la dépendance de l'infection et peut guérir par la suppression du foyer. Le cerveau peut, comme certains aliénistes l'ont soutenu, ne présenter dans ces cas aucune prédisposition héréditaire ou acquise.

Dans le deuxième, cette prédisposition constitue la principale cause efficiente (*Magnan et Truelle*).

Si dans certains cas, comme nous l'avons montré dans un

précédent mémoire (Picqué et Dagonet, *Recueil des Travaux*, 2e volume), la psychose peut se greffer sur un état neurasthénique, elle reste, même dans ce cas, tributaire de la mentalité des prédisposés.

La symptomatologie est très variable et dépend surtout de l'âge du malade, des antécédents héréditaires, du degré de la prédisposition, de la forme des troubles mentaux présentés antérieurement par les malades ; enfin, de la nature de l'opération pratiquée. Ce sera l'œuvre de l'avenir de déterminer d'avance les symptômes de chaque psychose, d'après les éléments précédemment indiqués.

Mais il reste encore des affections mentales coïncidantes dont la confusion, avec les psychoses post-opératoires, augmente encore cette prétendue variabilité des symptômes. Nous en avons montré des exemples.

Quoi qu'il en soit, cette variété apparente dans les symptômes ne doit pas d'ailleurs conduire, comme certains l'ont prétendu, à la suppression pure et simple du cadre nosologique, de cette variété de psychoses. Il suffit de la rattacher, conformément à la donnée pathogénique, aux psychoses de dégénérescence, dont elle constitue une variété qu'il importe au chirurgien de bien connaître.

Le diagnostic des formes est important à établir, puisqu'il conduit à des considérations utiles au point de vue du pronostic et du traitement. Presque toujours bénin dans les formes infectieuses locales, justiciables d'une intervention chirurgicale, il devient plus réservé dans les psychoses vraies. Mais là encore, le chirurgien peut rencontrer un nombre considérable de cas, où une opération pourra mettre fin aux troubles cérébraux.

Enfin, en terminant et comme conclusion générale, nous devons insister sur l'intérêt considérable qui s'attache à l'étude des psychoses, aussi bien pour le chirurgien que pour l'aliéniste.

Si elles existent réellement, telles que nous le comprenons, on doit tenir pour erronée l'opinion des auteurs qui, pour des raisons exposées ailleurs, les considèrent encore comme produites de toutes pièces et directement par l'acte opératoire.

Pour les chirurgiens, leur pathogénie est intéressante à connaître puisqu'en la connaissant davantage ils pourront

diminuer le nombre de ces psychoses en évitant d'opérer certaines catégories de prédisposés et en n'envoyant à l'asile que les cas qui ne relèvent pas de l'infection (voir thèse Mallet).

Pour l'aliéniste, la connaissance exacte des formes de la psychose le conduira à solliciter l'intervention du chirurgien dans les cas où elle reconnaîtra une origine infectieuse.

Observation I (communiquée par M. le Dr Febvré, médecin en chef de Ville-Evrard).

G..., trente-six ans, israélite, institutrice. Entre dans le service du Dr Febvré avec un certificat du Dr Séglas, daté du 15 mars 1899.

Atteinte de troubles intellectuels survenus brusquement à l'occasion d'une opération, d'ailleurs légère et sans gravité, les troubles intellectuels se caractérisent aujourd'hui par des idées hypocondriaques de décomposition des tissus, d'altération, de non existence des organes et surtout par l'idée fixe, incessante d'une mort prochaine et certaine.

Depuis quelques jours, la malade refuse même les aliments, se confine au lit et reste en proie à une agitation anxieuse continuelle. entrecoupée de soupirs, de larmes, de gémissements, de lamentations. Il n'existe pas de signes physiques contestables, tels que troubles pupillaires, tremblements de la langue, des lèvres, etc.

A son entrée dans le service, nous retrouvons tous les symptômes signalés dans le certificat de mélancolie anxieuse avec idées hypochondriaques « elle prie la mort » et idées de négation. Pendant vingt-quatre heures elle refuse les aliments, ne se décide ensuite que par crainte de la sonde. A ce moment, l'état physique est très précaire, elle est pâle, amaigrie, sans forces ; la langue est sèche, la soif est ardente ; pas de fièvre. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le mari interrogé nous fournit les renseignements suivants :

Le père de la malade, de constitution délicate, supporte très mal la boisson et s'enivre assez souvent ; il vit encore ainsi que sa femme et ont tous deux soixante-quinze ans. La malade a deux frères et une sœur très normaux. Une cousine est imbécile. Notre malade était très exaltée mais gaie et active; elle a eu quatre enfants et deux fausses couches, la dernière survenue à la suite d'une chute était de deux mois, il y a six mois de cela.

Depuis cette fausse couche, elle a eu des métrorrhagies très abondantes et si répétées qu'elle a fini par garder le lit et par entrer à l'hôpital pour être curetée. Cette opération l'effrayait énormément, et de plus, par trois fois elle a été préparée à la subir, quant au dernier moment, des circonstances imprévues la faisaient remettre au lendemain

Quelques jours apres ce simple curetage, les troubles mentaux apparaissent.

Le 20 mars, M. le D[r] Picqué trouve l'utérus dans l'axe; rien aux annexes, col largement déchiré, la déchirure se prolonge à gauche jusque dans le cul-de-sac, lèvre postérieure du col augmenté de volume. Dans les premiers jours d'avril, on note une amélioration très rapide de l'état mental et de l'état physique; la malade engraisse.

Le 20 avril, rechute. Les idées hypocondriaques sont moins nettes, ainsi que les idées de négation, mais les idées de culpabilité se surajoutent; elle est cause de sa fausse couche, elle est indigne de vivre.

Comme le Dieu des chrétiens, elle va mourir sur la croix, elle l'a lu dans les journaux. Elle reconnaît de ses parents parmi les malades. Des hallucinations menaçantes de l'ouïe la terrifient. Elle fait une tentative de strangulation.

Le 28 septembre 1899, la malade toujonrs émotive, pleure dès qu'on l'interroge. Les préoccupations hypocondriaques et les idées de négation ont disparu; « je croyais être malade, c'était des idées... quand on n'a pas de cerveau, pas de cœur on ne peut pas vivre.

Les idées de culpabilité persistent. « Elle n'a pas été sage avant de se marier, ce n'est pas de sa faute, c'est la misère qui l'a poussée. Elle a aussi des idées de ruine, on l'abandonne, son mari, ses enfants, on va bientôt la guillotiner, la crucifier, elle l'a lu dans les journaux. On va la prendre à la place de Dreyfus, qui, lui aussi, est innocent; c'est parce qu'elle est juive, on le lui dit assez d'ailleurs. »

Les idées de persécution sont plus nettes; elle accuse de tous ses maux une certaine Lina; alors elle cesse de pleurer, s'excite, se met en colère.

Mais toutes ces idées délirantes sont mal coordonnées, mal systématisées comme s'il y avait de l'affaiblissement intellectuel.

La malade fait en outre des erreurs de personnalité : elle croit reconnaître sa belle-mère dans une des malades, ses enfants dans ceux qui jouent dans les jardins ; elle dit elle-même que ce ne sont pas là les traits de ses enfants, de ses parents, mais ce sont eux quand même, et certainement, elle ne peut se tromper. « Elle sent là ses enfants comme le chien sent son maître. » Les sentiments affectifs sont toujours très marqués. L'état physique est excellent.

Réflexions. — Il s'agit d'une observation très nette au point de vue mental. La malade n'était avant l'opération qu'une simple exaltée non délirante. Elle présenta aussitôt après l'opération un délire mélancolique avec des idées de

négation, des hallucinations et des idées de suicide. Elle était d'ailleurs prédisposée à la folie ; car une cousine était aliénée et le père alcoolique.

Observation II (communiquée par M. le Dr Febvre, médecin en chef de Ville-Evrard).

H..., quarante-huit ans, couturière, est entrée dans le service de M. le Dr Febvre, le 30 juin 1899. Le père était normal; la mère est morte d'un cancer, s'enivrait. La malade a eu à l'âge de dix-neuf ans une fièvre typhoïde. Mariée, elle a eu trois enfants, dont un est mort de convulsions. Toujours elle a eu des migraines et a présenté à quelques mois d'intervalle une paralysie faciale du côté droit et une hémiplégie du côté gauche.

Depuis quelque temps, elle était affligée de métrorrhagies abondantes et rebelles, et les premiers jours de mars elle a dû cesser tout travail à cause de sa faiblesse. Elle souffrait en outre de la constipation, dormait mal et son caractère était devenu méfiant et irritable.

A la fin de mai, elle entra dans un service où l'on décida l'ablation d'un fibrome par la voie abdominale.

La malade, qui avait déjà en terreur d'entrer à l'hôpital s'effraya encore davantage à l'idée de l'opération. *Environ* trois semaines après celle-ci, les troubles commencent, elle croit que ses voisines de lit, des gamines l'insultent, l'obligent à boire du thé, la persécutent; son thé était du rhum, elle l'a bien senti, aussi elle est obligée de crier, de faire du bruit, d'empêcher chacun de dormir.

H... ne raconte ces détails que quinze jours après son entrée à l'asile. A son arrivée, elle est dans un état d'obnubilation intellectuelle qui empêche tout interrogatoire suivi. Elle semble comme endormie et il faut insister et la secouer pour obtenir une brève réponse. « Causer me fatigue ». Par moments, la mémoire lui échappe, puis revient. Quelques vagues idées de persécution se manifestent; elle a des préoccupations hypocondriaques et des hallucinations auditives : « On lui dit qu'elle ne reverra jamais son mari, ni ses enfants, qu'il faudra encore l'opérer ».

Le 17 juillet, on note que le délire a disparu, mais l'intelligence est restée quelque peu affaiblie; la mémoire présente des lacunes. L'état physique commence à s'améliorer; mais la malade est toujours très anémiée, très affaiblie.

30 juillet. Le placement étant volontaire le mari emmène sa femme, d'ailleurs en convalescence.

Réflexions. — Il s'agit dans cette observation d'une malade méfiante avant l'opération, et très certainement déjà persécutée. Il est regrettable que les antécédents alcooliques

ne soient pas précisés et que d'autre part le diagnostic de la confusion mentale n'ait pas été discuté.

Observation III (communiquée par M. le Dr Boudrie, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche).

Q... (Félicie), née le 8 octobre 1858, à Paris.

Renseignements fournis par la malade. — Antécédents héréditaires : Père et mère d'origine normande. Père mort à soixante-trois ans de cachexie cancéreuse (cancer de l'estomac). Pas de troubles mentaux. Mère morte à soixante-treize ans, cardiaque, tombait fréquemment en syncope. Est morte hémiplégique et aphasique. Pas de troubles mentaux. Une sœur aînée encore vivante, cinquante-trois ans, cardiaque. Une sœur morte à quarante-sept ans de broncho-pneumonie. Un frère mort à vingt-cinq ans après pleurésie tuberculeuse. Aucun n'a été atteint de troubles mentaux.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, n'a jamais eu d'attaques, ni aucune maladie infectieuse dont elle ait gardé souvenir. Quelques angines. A partir de la mort de son père survenue quand elle avait dix-neuf ans, la malade dut subvenir à la vie de sa mère et se surmena. Elle eut, en outre, à soigner sa sœur (broncho-pneumonie) et son frère (pleurésie tuberculeuse). Sa sœur et son frère moururent à onze jours d'intervalle (décembre 1889 et janvier 1890). A partir de ce jour, la malade s'est sentie physiquement affaiblie.

En 1895-96, un train où elle se trouvait ayant été tamponné, elle crut avoir reçu des lésions internes et se fit examiner par le Dr Thoinot de l'Hôtel-Dieu. Les règles qui se produisaient au moment de l'accident, furent suspendues, puis reprirent au bout de quelques jours.

A partir de ce moment, la malade devint irritable, émotive, prompte à s'effrayer ; par exemple, elle ressentit une grande émotion quand elle se présenta au Dr Thoinot et une forte émotion quand elle entra au Palais de Justice, un jour où elle l'y rencontra. Elle avait de fréquentes insomnies.

Histoire de la maladie. — La malade fut opérée le 24 mai 1897, pour un polype du vagin, cause d'hémorragies répétées et pour une fistule vésico-vaginale (?). Elle était très anémiée, et de plus encore affectée, dit-elle, par la mort de sa mère survenue quatre mois auparavant ; puis, par la maladie de sa sœur aînée, cardiaque, souffrant d'hémorragies nasales, et à qui elle avait dû cacher la mort de sa mère.

La malade raconte que sous le chloroforme, elle croyait sentir

sa tête emportée par un train. L'opération dura une demi-heure et ne fut pas suivie de vomissements. Pendant les premiers jours après l'opération, la malade ressent des fourmillements, "qu'elle compare à l'action d'un poison sous la peau et qu'elle explique par « le retour du sang ». Il lui semble que ses nerfs « se rétractent vers leur racine, et les doigts avec et les bras aussi.

Du mois de mai jusqu'au mois de septembre la malade doit rester couchée, elle dormait peu, et fut prise de délire mélancolique avec idées de persécution. Elle se trouvait à elle-même « un air étrange », elle refusait sa nourriture, parce qu'elle lui semblait être de la chair humaine et parce que « ce n'était pas la peine de se nourrir. » Elle fait une tentative de suicide parce que, dit-elle, sa mémoire s'effaiblissait et qu'elle se sentait incapable de travailler; elle absorbe du laudanum (septembre 1897. Elle avait aussi essayé de se tuer en se frappant la tête et les tempes avec un marteau.

Toutes les personnes qu'elle apercevait lui semblaient hostiles, la regardaient de travers et causaient d'elle. Parfois en marchant, elle se sentait poursuivie. Elle soupçonne une certaine personne qu'elle a rencontrée souvent, mais dont elle ne sait même pas le nom, de vouloir sa mort. Elle apercevait, tantôt des foules en circulation, tantôt divers personnages causant avec elle, ou entre eux, de choses diverses; mais jamais d'elle-même. Pas d'hallucinations du sens génésique, pas d'idées délirantes obscènes.

Le 21 septembre 1897 elle fut internée à Vaucluse et resta couchée à l'infirmerie jusqu'en février 1898. Pendant tout ce temps, on dut l'alimenter à la sonde. Elle gâta pendant quelques jours. Elle dormait peu.

Depuis cette époque, très améliorée, passée dans un quartier de tranquilles (2e quartier) elle ne délire plus en paroles, et se défend d'avoir, actuellement, aucune des idées d'autrefois.

État somatique (mars 1899). — Grande, blonde, teint, aspect lymphatique ; cardiaque, insuffisance mitrale.

Mydriase permanente, très prononcée à droite; pas de signes d'hystérie. Signification, non encore élucidée; paralysie générale probable.

Réflexions. — Il est regrettable que le diagnostic de paralysie générale probable posé à la fin de l'observation n'ait pas été établi sur des bases plus solides. Il s'agit plus vraisemblablement d'un délire mélancolique avec une petite pointe d'alcool. Il eut été intéressant de rechercher si les élucubrations délirantes devaient être attribuées à l'accident de chemin de fer ou à l'opération.

On peut, en effet, admettre que le traumatisme a été, plutôt que l'opération, le point de départ du délire.

OBSERVATION IV (communiquée par M. le Dr LEGRAIN, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard).

M... Jean-Baptiste, quarante-sept ans, tailleur de cristaux.

Renseignements fournis par la femme: Antécédents héréditaires. Père, mort à soixante-dix ans, traumatisme cranien. — Mère, morte de fièvre typhoïde, cinq ans après la naissance du malade. — Un frère aîné, cinquante ans. « Boit comme un suisse et n'est jamais malade ». Garçon de lavoir, marié, deux enfants bien portants. — Autres antécédents, inconnus. — A... P... Aucune maladie d'enfance.

Il y a une quinzaine d'années était sujet à des « étourdissements », « le sang lui montait à la tête et il devenait tout bleu ». Cependant, lors de ses attaques, il ne perdait pas connaissance. Jamais d'attaques épileptiformes, jamais de morsure à la langue. Il lui est arrivé une fois seulement d'uriner dans son pantalon un jour qu'il avait bu. Jamais d'incontinence nocturne, de même jamais de bizarrerie de caractère ; il n'était pas joueur. Peu porté sur les plaisirs sexuels. A aucun moment le malade n'avait présenté de tendance à la mélancolie, toujours d'un caractère gai et expansif.

Habitudes de boissons. — Le malade marié depuis vingt-huit ans avait toujours été un grand buveur jusqu'à ces dernières années : « sitôt qu'il avait quatre sous, c'était pour régaler tout le monde ». Il buvait de tout (vin absinthe, goutte, etc.), et on le trouvait toujours chez le marchand de vin. « Cependant, dit la femme, depuis, trois ans, il ne buvait presque plus sur les conseils de son médecin. »

Habitudes de boissons avouées par le malade à l'entrée. — (14 mars 1898). Vin rouge 2 litres. Cognac une ou deux fois par jour. Absinthe, une ou deux fois par jour. Jamais de vulnéraire.

Histoire de la maladie. — Le malade était affecté d'une hernie inguinale depuis sa jeunesse. Cette hernie ne devait pas être très gênante au début, car elle n'avait pas empêché M... de servir dans la mobile en 1870.

Devant l'apparente bénignité de son affection, M... avait toujours refusé de se laisser opérer ; mais depuis trois mois, il avait cessé son ancien bandage qui lui allait bien et comme il n'avait plus retrouvé, depuis lors, de bandage convenable, la hernie mal contenue avait augmenté de volume et était devenue le siège de vives douleurs.

Les premiers troubles mentaux remontent déjà à dix-huit mois environ. M... n'était plus bien; il était devenu maussade, s'ennuyait, voyait tout en noir et pleurait souvent sans motif. Le sommeil était devenu mauvais. Obsédé constamment par des idées

chimériques de misère et de ruine, M... passait son temps à se lamenter, bien à tort d'ailleurs.

Pendant toute cette période, ajoute la femme, il aurait souffert de sensation de pesanteur fort possible au niveau de sa hernie. Dès cette époque notre malade a présenté nettement les allures d'un mélancolique : il se laissait aller, incapable de toute réaction, ne travaillant plus que par caprice et passait presque tout son temps à dormir, « ce n'était plus du tout le même qu'auparavant ». C'est dans ces conditions, que M... poussé par les douleurs de plus en plus vives qu'il éprouvait, se décide à accepter l'opération de la cure radicale pratiquée dans d'excellentes conditions, le 6 février 1898. La tumeur était énorme à ce moment, elle atteignait, au dire de la femme, le volume d'un œuf d'autruche.

Depuis le jour de l'opération, la femme n'a plus revu son mari que les jours de visite, c'est-à-dire, le premier dimanche qui a suivi l'opération et les dimanches suivants. Elle nous apprend cependant que dans les cinq à six jours qui ont suivi l'opération, le malade était vraiment bien. On aurait dit que les idées avaient changé et il témoignait une vive satisfaction de se voir débarrassé de son infirmité.

Puis, sans raison apparente, les idées mélancoliques primitives reparaissent peu à peu et le délire reprend avec une intensité qu'il n'avait jamais eue auparavant. Dès sa première visite, en effet, la femme trouve son mari couché, ne s'occupant pas de ce qui se passait autour de lui et ne répondant pas à ce qu'on lui disait. Uniquement occupé dans ses idées hypochondriaques, il montrait une indifférence extraordinaire à l'égard de sa femme et de sa belle-fille qu'il aimait beaucoup auparavant et qu'il ne voulait même plus voir maintenant. « Ca ne va pas, répétait-il, j'ai toujours mal dans le ventre. Ce qu'ils m'ont fait, ou rien, c'est la même chose. Je vais mourir, ajoutait-il; je ne reverrai plus la Bastille. »

A partir de ce moment, la femme revoit son mari chaque semaine, et constate que son état allait plutôt en empirant d'une façon continue. Tout le monde lui faisait du mal. On voulait l'empoisonner, le couper en morceaux, etc., etc.

Au bout d'un mois de séjour à la clinique, vingt et un jours après l'opération (le malade avait passé ce temps-là toujours alité), le chirurgien fait dire à la femme de venir chercher son mari sans lui donner aucun renseignement sur son état.

4 *mars* 1898. — La femme ramène le malade chez lui, mais presque aussitôt elle voit son état empirer brusquement. Désordres dans les idées et les actes ; il dérangeait tout chez lui. Tout l'ennuyait et il ne trouvait rien de bien. Une fois, un jour qu'il pleuvait, la femme s'aperçut en rentrant qu'il était sorti dans la rue en chaussettes et à demi habillé. Il est persuadé que tout le monde, y

compris sa femme. voulait l'empoisonner. Il avait peur de tout, et refusait de voir qui que ce soit dans la crainte qu'on lui fasse du mal.

Cependant l'attitude n'était pas celle d'un persécuté, mais bien d'un mélancolique. Jamais d'actes de violence. Il se disait pauvre, malheureux, il n'avait pas de pain à manger. Attitude toujours résignée et passive. Refus d'aliments par moments. Pas d'autres accusations. Pas d'idées de suicide, au contraire, dit la femme, il avait toujours peur de se faire du mal.

Etat du malade à son entrée (14 mars 1898). — Malade très obnubilé. Lenteur extrême des conceptions et des réponses, qui sont souvent tout à côté de la question. Asymétrie faciale droite. Voix nasillarde. Trouble profond de la mémoire portant seulement sur les faits récents, car le malade nous dit bien son âge, son lieu de naissance, l'âge auquel il a commencé à travailler. Par contre, il ne peut donner aucun renseignement sur les causes de son internement et les circonstances qui l'ont amené. Il ne se rend d'ailleurs aucun compte de l'endroit où il se trouve. « C'est une hernie que j'ai attrapée. J'étais entré à l'hôpital, il y a déjà plus de quatre mois et ils ne pouvaient rien me faire. C'est là qu'ils m'ont conduit jusqu'ici parce que j'étais inguérissable.

Quand on lui demanda dans quel hôpital il était : « Je n'en sais rien, je ne me rappelle plus; je sais que j'étais là. — Et maintenant où êtes-vous? — Je ne suis plus qu'ici, voilà tout. Ils m'ont amené avec une voiture ici, de l'hôpital (Sainte-Anne). » « Je n'ai plus de mémoire, du tout, voilà déjà longtemps que je n'ai presque plus de langue », dit-il en la tirant, quand on le lui commande. « C'est pour cela que je ne peux plus manger... Je ne sais rien du tout... Je ne sais pas, par moments je perds la tête. »

Pas d'inégalité pupillaire.

La langue ne semble pas animée de tremblement fébrilaire, mais ses mouvements sont très indécis. Quand on commande au malade de la tirer, il ne la tire pas complètement et il la porte de droite à gauche et vice-versa.

Tremblement des doigts. « Je travaillais, mais je tremble... je tremble je ne sais pas pourquoi », répond-il, quand on lui en demande la raison, qu'on lui en fait l'observation.

31 *mars* 1898. — Soupirs profonds, gémissements, accablement, air effrayé. Peur de mourir. Angoisse. « Je n'ai fait de mal à personne... je ne sais pas... je ne sais pas. »

28 *avril* 1898. — L'état du malade a été en s'améliorant de jour en jour sous l'influence de l'hydrothérapie et de la strychnine. Il y a plus de spontanéité, il ne semble plus avoir de délire mélancolique; mais il reste déprimé. Le gâtisme intermittent dont le

malade a conscience annonce l'anesthésie des sphincters. Le malade semble nettement en voie de guérison.

RÉFLEXIONS. — Il s'agit dans ce cas d'un malade prédisposé (asymétrie faciale ; vertiges probablement épileptiques dans l'enfance, urine dans son pantalon). Dix-huit mois avant l'opération il a présenté des modifications de caractère, des idées de ruine, survenues peut-être sous l'influence des préoccupations que lui causait sa hernie. Les antécédents syphilitiques n'ont pas été signalés.

Après l'opération il a présenté le même délire, un peu plus accusé (idées typiques de négation, de ruine. Actes inconscients. Obnubilation).

OBSERVATION V (d'après les notes communiquées par M. le Dr VIGOUROUX, médecin en chef de l'asile de Vaucluse.

P... Marie, Victorine, née en 1861. Réglée à quatorze ans sans accident, mariée à vingt-six ans. Une grossesse normale à vingt-sept ans. A trente-trois ans entre à l'hôpital Bichat, où elle est opérée le 4 juillet 1897, par M. Terrier, d'une grossesse tubaire. Accidents fébriles consécutifs.

Deux mois après l'opération la malade présente des étourdissements accompagnés d'éblouissements. Bourdonnements dans les oreilles. Tremblements des mains. Signe de mélancolie, ne veut plus sortir de chez elle. Cauchemars. Réveils en sursaut. A notablement engraissé.

Le 21 janvier 1898, le mari qui est sergent de ville, est attaqué par des anarchistes. L'émotion qu'elle en a ressenti a provoqué chez elle un délire mélancolique avec craintes. Hallucinations. Elle est internée dans le service de M. Vigouroux d'où elle sort très améliorée le 10 septembre 1901.

RÉFLEXIONS. — Cette observation ne nous donne aucun renseignement sur les antécédents héréditaires de la malade et ne dit pas ce qu'elle était avant d'être opérée.

Il est donc difficile de formuler une opinion précise sur la nature de la psychose dont elle était atteinte.

M. le Dr Dubousquet nous a adressé les deux observations suivantes que nous joignons avec plaisir à ce mémoire :

OBSERVATION VI (communiquée par M. le Dr Dubousquet). Le sujet de cette observation est Melle Marie V... appartenant à une famille dont l'un de nous soigne les différents membres depuis dix-huit ans et il en connait les moindres antécédents. Un oncle maternel de

la jeune fille est mort de paralysie générale; son père, sa mère et son frère se portent bien, mais sont plutôt nerveux. Sauf une fièvre typhoïde légère dont je l'ai soignée il y a huit ans, et qui n'a laissé aucune suite, rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels comme maladie infectieuse ou intoxication ayant pu déterminer une psychose quelconque. Mais elle présente au moment de ses règles une mentalité spéciale sur laquelle j'insiste particulièrement. Elle a été réglée à treize ans et les règles ont toujours été régulières et normales, mais à chaque période, deux ou trois jours avant et pendant leur durée, son caractère fort doux se modifie subitement; elle devient irritable et bien que parfaitement élevée et aimant très sincèrement ses parents, elle montre une désaffection marquée dont elle ne se rend pas compte et sa mère a remarqué que pendant ce temps elle ne faisait plus ses prières comme en temps normal. Cependant l'examen le plus attentif ne montre chez elle aucun stigmate d'hystérie.

En 1896, la jeune fille qui avait dix-sept ans, était grande et forte, présentait tous les attributs d'une bonne santé, perd l'appétit, maigrit, a souvent de la diarrhée, mais ne tousse pas, ne crache pas et l'examen des organes reste absolument négatif.

En novembre 1896, elle est prise deux ou trois jours de fièvre assez vive, d'une douleur très violente de tout le ventre, de vomissements et je suis appelé. Je trouve la jeune fille avec un facies nettement péritonéal, des vomissements verdâtres, le ventre très ballonné et douloureux sur toute la surface sans aucune localisation spéciale, voix éteinte, pouls 120, température 30°. Je fais venir en consultation mon ami le Dr Brault, médecin des hôpitaux qui confirme mon diagnostic, de péritonite aiguë, de nature bacillaire très probable. Ce gros orage se calme après quelques jours de traitement approprié et la malade paraissait en voie de guérison, lorsque, un mois après, elle se plaint de point de côté à gauche, la fièvre se rallume et je constate un gros épanchement dans la plèvre gauche pour lequel le Dr Brault est rappelé par la famille et moi : j'étais sur le point de pratiquer une ponction lorsque cet épanchement diminue rapidement pour disparaître complètement en trois ou quatre semaines. Mais pendant la durée de cette pleurésie d'autres accidents de même nature avaient éclaté, abcès multiples, ganglionnaires du cou, abcès à une aisselle et au dos. J'ouvris et soignai ces abcès au fur et à mesure de leur production très rapide; à ce moment l'état de la jeune fille était des plus précaires d'autant qu'une vaste collection purulente s'était formée dans le dos. Et en juillet 1897, le Dr le Roy des Barres et moi l'opérâmes, sous chloroforme, de cette grosse collection. Après cette dernière intervention pratiquée presque *in extremis*, tant l'amoindrissement était considérable et tout

ressort disparu, la situation s'améliora assez vivement et l'espoir d'une guérison se fit jour dans ma pensée. Mais je n'avais pas fini avec ma malade qui vingt-deux jours après notre intervention est prise d'excitation extrême avec changment complet des sentiments affectifs. Elle s'agite continuellement, ne dort plus, elle ne veut plus voir sa mère, ni ses parents ni moi-même, pour qui elle avait de l'affection, et dans son délire, le thème dominant est qu'elle est damnée, voit les flammes de l'enfer et que c'est le diable qui lui fait détester sa mère et ses parents. Mon excellent ami le Dr Ballet est appelé par moi auprès de la malade et comme moi pense que nous avons affaire à une psychose post-opératoire chez une prédisposée.

L'état de la jeune fille alla en s'améliorant, et après deux mois l'état mental était redevenu normal. Actuellement, après toute cette noire série pathologique pendant laquelle l'urine examinée régulièrement ne présenta jamais rien d'anormal, la jeune fille a repris sa santé et ses forces habituelles et va même se marier, événement où je reste étranger et, fait bizarre à noter, depuis son délire, les époques menstruelles reviennent sans que sa mentalité en ressente le moindre inconvénient.

Réflexions. — Il s'agit certainement dans ce cas d'une jeune fille atteinte de dégénérescence mentale et chez laquelle un délire maniaque s'est déclaré consécutivement à l'opération. Les phénomènes infectieux qu'elle a présentés doivent également entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la psychose.

Observation VII (de M. le Dr Dubousquet), — J'ai soigné pendant de nombreuses années le nommé M... A... rue Mathieu, à Saint-Ouen, ouvrier tourneur, dont les antécedents familiaux sont chargés : père alcoolique mort du delirium-tremens. Frère mort dans un asile départemental, d'aliénation mentale survenue après la Commune.

M... a toujours été très sobre, a toujours bien gagné sa vie et a même fait il y a quatre ou cinq mois un petit héritage le mettant à l'abri du besoin. Mais c'est un taciturne, un hypochondriaque qui malgré son état de santé à peu près normal et une situation particulière en somme satisfaisante, voit tout en noir. Il se croit atteint de cancer de l'estomac, a peur de manquer de tout. Atteint de chaudepisse à dix-huit ans; quinze ans après il fut opéré à Lariboisière pour un rétrécissement.

En 1898, je fus rappelé auprès de lui pour une rétention d'urine. Depuis quelques jours, il urinait avec peine, et j'eus toutes les peines du monde à introduire une bougie féliforme ; de plus, âgé

à ce moment de soixante ans, il présentait une hypertrophie considérable de la prostate ; cathétérisme fort difficilemant supportée par lui, ainsi que la sonde à demeure. Je l'engageai après plusieurs jours à se faire opérer, et dans une clinique de Paris, il subit la cystotomie sus-pubienne. Il revint chez lui cinq semaines après l'opération, et muni d'un appareil, il ne souffrait nullement, de son avis même ; mais quelques jours après son opération, son état de dépression mentale avait considérablement augmenté, et menaçant sans cesse sa femme de suicide, cette dernière ne pouvait le quitter. Enfin après quelques semaines de cet été il se pendit à sa croisée pendant que sa femme était sortie faire des commissions.

Réflexions. — Il s'agit très nettement dans ce cas d'un hypochondriaque devenu plus mélancolique après avoir été opéré. Il est à remarquer, à ce sujet, que les affections des organes génito-urinaires chez l'homme prédisposent plus particulièrement à la tristesse (Voir la thèse de Colombani faite sur l'inspiration de M. Picqué).

Observation VIII (communiquée par M. le Dr Mignot, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine).

Mme Ch... journalière, âgée de trente-huit à quarante ans, est envoyé à Sainte-Anne, de Broussais, par le Dr Gilbert, le 25 décembre 1898. Elle est transférée à Ville-Evrard, le 10 février 1899, dans le service de M. le Dr Febvré qui fait le certificat : « elle est atteinte de mélancolie caractérisée par un état de dépression extrême amenant le découragement et les tendances au suicide; idées d'iniquité, de culpabilité, hallucinations pénibles de l'ouïe, cicatrice au niveau de la région hépatique ».

Au moment de sa sortie, le malade nous donne facilement les renseignements suivants qui ont été confirmés par son mari. Elle ignore ses antécédents héréditaires. Réglée à douze ans. La ménopause est survenue il y a un an. Elle a eu sept enfants, tous bien portants. Quoique délicate, elle n'avait jamais été malade. En juillet 1898, elle est prise subitement d'un violent point de côté à droite, avec de la dyspnée, de la toux, de la fièvre. Un médecin consulté ordonne un vésicatoire. Après trois semaines la malade va mieux. En septembre le point de côté revient avec de la fièvre. On fait une ponction exploratrice qui retire du pus et on fait le diagnostic du foie suppuré le 28 septembre 1898.

Entrée à la Pitié, son état général était mauvais, elle ne mangeait plus, était très amaigrie, se préoccupait beaucoup de son mal ; des voisins lui avaient dit que l'on n'en réchappait pas et elle voyait avec crainte venir le moment de l'opération. On l'opère sous chloroforme le 4 octobre 1899.

Quinze jours après l'opération, elle crache du pus pendant huit jours.

Fin décembre, elle quitte la Pitié et va à Broussais ayant toujours une fistule donnant du pus. C'est là que les idées délirantes apparaissent.

La malade qui a conservé le souvenir complet de son délire, nous raconte que, en même temps qu'elle pensait ne plus jamais devoir guérir, elle attribuait ses malheurs à à ses fautes passées, le vol de petits objets, d'ailleurs chacun la regardait avec mépris et, la nuit, surtout, des voix lui faisaient des menaces et des prédictions effrayantes. Sous l'influence de ce délire, elle ne pouvait parler, toujours dans l'attente d'un malheur prochain et elle essaye de se jeter par la fenêtre.

Ces idées délirantes ont persisté pendant son séjour à Sainte-Anne et à Ville-Evrard; de plus les idées de persécution ont augmenté sous l'influence d'hallucination de l'odorat du goût et du sens génital, qui ont persisté jusqu'au mois d'août.

A l'heure actuelle, octobre 1900, l'état physique autrefois si mauvais est devenu excellent, quant à l'état mental, si les idées mélancoliques hypochondriaques et de persécution ont disparu, ainsi que les hallucinations, la malade manifeste toujours par ses paroles et ses actes, ses gestes, la délibité de son état mental sur laquelle parait avoir évolué un délire polymorphe survenu à l'occasion d'une longue infection et d'une opération.

Réflexions. — L'observation dénote un délire mélancolique avec idées de culpabilité et de persécution et hallucinations survenus chez une débile. Il eût été intéressant de savoir si la malade avait présenté d'autres délires avant l'opération. On sait combien les débiles délirent facilement. Le délire post-opératoire s'explique aisément.

L'observation suivante nous a été adressée par notre excellent confrère le professeur Walther de Gothembourg (Suède).

Observation IX (M[me] S... trente-huit ans, avait joui toujours d'une bonne santé. Elle avait donné naissance à un enfant, il y a onze ans, dans des conditions anormales. La dernière menstruation s'était montrée le 25 mars 1900. Le 28 août elle tombe malade avec des douleurs dans le bas ventre. Le médecin qui la soignait diagnostiqua « appendicite » et lui fit garder le lit pendant dix jours. Depuis elle ne ressentit rien de mal jusqu'au mois d'octobre quand elle fut prise de douleurs dans le ventre, qui fut très tendu. A l'examen, on n'en trouva d'autre cause que des coliques sous la dépendance des adhérences produites par l'appen-

dicite. Les douleurs cessèrent à l'administration des lavements et des purgatifs. Ainsi fut ce cas. Le 14 novembre, elle entra pour quelques jours à la Maternité de Gothembourg. Elle revint ensuite, le 2 décembre, après s'être trouvée très bien une quinzaine de jours. Plus tard, l'état changea ; tantôt, elle se portait bien, tantôt mal. Pourtant, elle était très faible et très nerveuse et les gardes-malades la regardaient comme étant trop sensible. A Noël, les mouvements fœtaux et les battements cardiaques cessèrent d'être perçus. Le travail commença à la nouvelle année mais cessa après deux ou trois jours. Comme des bains chauds et des injections n'amenèrent pas l'accouchement, le plus petit ballon Champetier de Ribes fut introduit le 9 janvier 1901. Le col utérin se trouvait assez en avant et le pli de Douglas était rempli d'une partie fœtale résistante : le ventre était toujours très tendu. Le ballon fut expulsé tout de suite et je reçus l'impression que la cavité utérine était vide ; une chose dont je me persuadais aussitôt que le soupçon s'en était formé. Le fœtus se trouvait en dehors et derrière l'utérus qui était porté en avant contre l'espubien.

Pour comprendre la possibilité de cette longue erreur, il faut se souvenir de la tension continuelle du ventre et de l'anamnèse perfide. Après des questions répétées elle se rappela enfin que les douleurs avaient commencé à gauche et puis s'étaient étendues à droite. Dès lors il était facile de saisir que les douleurs dans la cinquième semaine de la gravidité étaient occasionnées par la rupture d'une poche fœtale extra-utérine, probablement la trompe gauche, et aussi pourquoi le travail cessa à la nouvelle année.

Restait maintenant à fixer le meilleur temps pour l'opération. Les dangers de la rupture de la poche fœtale n'étaient pas encore exclus, quoique la tension était un peu diminuée après la mort du fœtus, et les dangers d'infection croissaient toujours ; et de l'autre côté on ne pouvait prétendre que la circulation placentaire avait encore cessé, ce qui augmenterait le risque d'une opération immédiate. Pour ces raisons, je résolus de me laisser guider par la température de la malade et d'entreprendre la laparotomie quand la température montrerait une tendance à s'élever au-dessus de 38° (au rectum).

Le 16 janvier 1901, environ trois semaines après la mort du fœtus, la laparotomie fut faite.

Le sac fœtal se trouve, comme je l'avais prévu, en état de décomposition ; c'était impossible de le suturer à la partie abdominale. Après l'extraction d'un fœtus hydrocéphalique, pesant 4,600 grammes, dont le siège se trouvait enclavé dans le bassin derrière l'utérus, j'enlevais par lambeaux tout le sac fœtal, chose assez difficile, vue l'étendue de la membrane et les adhérences à l'intestin. A la fin, une très vive hémorrhagie complica l'ablation

de l'arrière-faix fixé aux annexes gauches et dans le pli de Douglas, ce qui fut fait par l'ablation des annexes tout à fait défigurées après la mise d'une ligature en chaine, tout près du côté gauche de l'utérus; puis tamponade au Mikulicz. Le reste de la plaie fut fermé en étages.

Durée de l'opération deux heures et demie; 0.070 centimètres cubes de chloroforme furent administrés à la malade.

Il fut impossible de se former une idée de la relation de l'œuf aux parties distinctes des annexes à cause de l'hémorrhagie et des lésions faites à celles-ci pendant l'opération.

Après l'opération la malade était très affaiblie, le pouls faible et accéléré (130 par minute). Elle reçut des transfusions d'une solution de chlorure de sodium physiologique, des injections de camphre et des lavements nutritifs. La température monta le soir à 39°3 centigrades; le lendemain à 39°6 centigrades; le soir à 39°3 centigrades mais après elle reste normale à trois exceptions près, quand elle put respirer (38°2 centigrades; 38°7 centigrades; 38°3 centigrades).

Il fut bientôt évident que la malade avait des hallucinations de persécution. Elle ne dormait plus, malgré des doses répétées de trional, de bromure de potassium, de morphine, etc., etc. Après les tentatives infructueuses de toutes espèces, elle fut couchée dans une chambre (elle avait été isolée), où furent soignés trois autres malades, et aussitôt elle se calma, dormait bien et guérit au bout de dix semaines. Il semble que la peur pour la solitude peut expliquer en partie cette suite d'événements. En quittant l'hôpital elle avait dans la partie supérieure de la plaie une fistule très étroite qui laissait à peine pénétrer une sonde exploratrice, la profondeur en était huit. Elle se portait bien à la fin du mois de mai.

Réflexions. — Il semble possible d'admettre dans ce cas un délire d'origine toxique ou infectieuse ; ce qui donne de la valeur à cette hypothèse, c'est la brièveté du délire. Il n'y a malheureusement que peu de détails sur l'état mental et la nature des troubles intellectuels observés.

Banquet au Dr Regis. — Le Comité de rédaction du *Journal de Médecine* a été heureux de la décoration accordée à un de ses membres, M. le Dr Régis. Aussi, mardi dernier, un banquet intime était-il offert au nouveau chevalier dans un des salons de l'hôtel de Bayonne. Divers toasts ont été portés, auxquels notre excellent collègue a répondu avec cette autorité de parole que tout le monde lui connait. (*Journal de médecine de Bordeaux*, du 1er février 1903).

Nous aussi, nous adressons nos plus vives félicitations à notre collaborateur et ami, le Dr Régis.

CLINIQUE NERVEUSE.

TRAVAIL DU SERVICE D'ÉLECTROTHÉRAPIE DE LA CLINIQUE CHARCOT

Sur quelques particularités cliniques de la névralgie faciale et son traitement par l'électricité.

Par A. ZIMMERN

Ancien interne des Hôpitaux.

Désirant nous faire une opinion sur la valeur du traitement électrique dans les névralgies faciales, nous avons soumis à l'épreuve de ce traitement un certain nombre de malades atteints de cette affection qui se sont présentés à la consultation de la clinique Charcot (Pr Raymond).

La modalité électrique que nous avons utilisée a été le courant continu suivant la méthode proposée en 1897 par Bergonié (de Bordeaux) méthode à laquelle nous avons fait subir quelques modifications de détail. Disons de suite que le procédé dont nous nous sommes servi diffère totalement des procédés autrefois en usage (faradisation, galvanisation, électricité statique,) procédés dont on trouve encore la brève nomenclature au chapitre *Traitement* des ouvrages les plus modernes, généralement suivie du perpétuel cliché : « L'électricité donne quelquefois de bons résultats. »

Au cours de nos recherches thérapeutiques nous avons été amené à approfondir l'histoire pathologique des malades que nous avons eus à traiter, et nous avons été frappés par un certain nombre de particularités cliniques qui, sans avoir toutefois le mérite de l'inédit, nous ont paru du moins assez intéressantes pour valoir une courte analyse.

I. Sur quelques particularités cliniques de la névralgie faciale

On reconnaît généralement à la névralgie faciale une « forme bénigne » et « une forme grave », cette dernière se rapportant plus spécialement à ce que Trousseau appelait « névralgie épileptiforme ». Toutefois il est permis de se demander si cette forme grave représente bien une forme de la « névralgie faciale ». Car, si la « névralgie bénigne » est une névralgie vraie de même ordre que la névralgie sciatique, que la névralgie intercostale, et, comme ces dernières, tantôt légère, tantôt sérieuse, tenace et rebelle (à forme grave par conséquent), la névralgie faciale épileptiforme se comporte comme une affection possédant véritablement une autonomie propre, affection dans laquelle le symptôme douleur tient sans doute une plus grande place, mais où ce symptome affecte une allure toute spéciale et se complique parfois de phénomènes moteurs dont *on ne retrouve pas les homologues sur les autres territoires nerveux.*

D'ailleurs, rien n'est semblable entre les deux formes de névralgie faciale : d'une part, en effet, douleur continue avec paroxysmes momentanés, durée en quelque sorte limitée, et curabilité à peu près certaine par les moyens appropriés; de l'autre au contraire, affection caractérisée par des phénomènes douloureux intermittents, intermittents non seulement dans leur évolution générale, mais intermittents aussi au moment de la production de l'accès lui-même, évolution à très longue échéance, incurabilité presque certaine. Et si l'on veut nous permettre une comparaison, nous dirons qu'il y a entre ces « deux formes » une différence aussi tranchée qu'entre la névralgie du plexus cardiaque, *angor pectoris minor*, et la coronarite oblitérante dont l'expression symptomatique est également l'angine de poitrine, mais avec une évolution toute différente, puisque l'une est une affection passagère et transitoire, l'autre, une maladie organique à marche progressive et fatale dans l'immense majorité des cas.

Dans le type léger de la névralgie faciale, ce qu'on observe, ce sont des douleurs continues ou bien des sensations de lourdeur, de pesanteur entrecoupées d'accès plus ou moins aigus. Quelquefois ces paroxysmes aigus manquent

totalement. Dans les cas extrêmement bénins tout se borne à une simple hyperesthésie du tégument et des parties profondes.

Cette hyperesthésie est un signe à peu près constant dans toutes les névralgies du type léger. Dans quelques cas, mais non toujours, on retrouvera les points de Valleix. Quant aux troubles moteurs, *ils n'existent pas*, et il ne faudrait pas se laisser induire en erreur et prendre pour du tic la grimace que fait le malade au moment d'un paroxysme, grimace provoquée uniquement par la douleur.

Enfin, la névralgie type léger se localise le plus souvent sur une branche, un rameau du trijumeau.

Une fois installée elle a une évolution de durée variable de quelques jours à plusieurs mois, parfois assez longue par conséquent, mais, d'une façon générale, on peut dire, qu'à part quelques cas exceptionnellement rebelles, lorsqu'elle disparait on peut conclure à la guérison.

La grande névralgie faciale au contraire, la névralgie à type grave est caractérisée par des douleurs intermittentes, survenant à intervalles variables, s'annonçant fréquemment par une sensation particulière, sorte d'aura qui fait dire au malade: « je sens ma crise venir », et laissant après leur explosion, non pas une douleur continue mais un sentiment particulier d'endolorissement ou seulement une appréhension qui fait que le malade redoute le moindre attouchement de la face comme susceptible de produire une nouvelle secousse. Il est vrai d'ajouter que quelques malades attirent l'attention surtout sur une douleur continue : dans ce cas cette douleur occupe un point précis, toujours le même, et tout porte à croire qu'elle répond à une lésion locale du nerf ou des centres correspondants.

Autant de malades, autant de descriptions variées de l'accès, et l'on connaît les comparaisons qui leur sont familières « cinglements, secousses, brûlures, etc. ».

L'un des caractères qui se retrouve à peu près constamment chez tous et sur lequel, à notre avis, les auteurs n'ont pas assez insisté, c'est que la douleur, quelle que soit sa forme, suit toujours le trajet d'une branche nerveuse, débutant soit par le sus-orbitaire, soit par le sous-orbitaire, soit par le dentaire au niveau de leur point d'émergence, et *remontant « leur cours »* avec plus ou moins de rapidité

jusqu'au tronc principal et aux centres. Dans presque tous les cas le paroxysme douloureux affecte une marche anatomiquement ascendante.

Il est rare cependant que la grande névralgie faciale débute d'emblée par des crises de cette nature, et il est beaucoup plus fréquent de voir ces crises précédées pendant quelques semaines ou quelques mois de douleurs vagues, continues ou périodiques, sans aucun caractère bien tranché.

Dans le type grave de la névralgie faciale, les points de Valleix *n'ont pas la netteté mathématique indiquée par les classiques*. Au moment des crises, il existe presque toujours une hyperesthésie généralisée; dans leur intervalle la pression du doigt sur les points d'émergence est généralement assez douloureuse, mais la douleur n'est pas moindre si l'on comprime une autre région du territoire affecté. La douleur est parfois même plus marquée sur des points qui ne correspondent pas aux points de Valleix. Cette hyperesthésie uniforme est un caractère très important du type grave. En outre, on notera bien souvent que cette hyperesthésie évolue parallèlement aux crises douloureuses; très intense pendant les accès les plus violents, peu intense et diminuée, mais jamais totalement abolie, quand les crises sont devenues tout à fait rares. Phénomène constant dans la grande névralgie faciale, l'hyperesthésie peut décroître, mais *elle ne disparaît* que d'une façon *tout à fait exceptionnelle*. Elle se propage parfois au bulbe pileux, ou bien empiète sur le territoire du trijumeau opposé, et donne ainsi parfois l'illusion d'une névralgie double.

Dans quelques cas la grande névralgie faciale s'accompagne de troubles moteurs, et ceux-ci, bien reconnus, ont permis de différencier une variété spéciale de la grande névralgie faciale « la forme convulsive ». Mais il est certain qu'on a abusé de cette forme, car les auteurs ont ici bien souvent considéré comme du tic la grimace que fait le malade lorsque surgit la douleur. Les cas de tic vrai sont relativement peu fréquents. Rappelons du reste que Valleix, sur 14 cas de névralgie faciale à type grave observés par lui, n'a pu constater le tic que chez 4 d'entre eux. Sur 13 malades atteints de névralgie faciale grave, nous ne l'avons observé que 7 fois, encore ne s'est-il montré franchement accusé que 4 fois.

Le caractère différentiel du tic et de la grimace est que le tic produit des phénomènes spasmodiques, d'ordinaire simples, *décomposés* pour ainsi dire, tandis que la grimace amène le plus souvent une « distorsion du visage » (Valleix).

Les troubles sécrétoires qui accompagnent la névralgie faciale appartiennent presque exclusivement au type grave. Rappelons que l'hypersécrétion lacrymale et sous-maxillaire est décrite parmi les symptômes courants de l'affection. Mais si l'épiphora est fonction de l'hypersécrétion lacrymale, il peut tenir aussi à l'oblitération des conduits lacrymaux sous l'influence du spasme qui alors n'est qu'une manifestation locale du tic, et ce n'est pas là seulement une théorie, mais bien la réalité, car l'épiphora se rencontre surtout dans les formes convulsives.

Fort peu connue est l'augmentation de volume de la glande *sous-maxillaire*, hypertrophie qui passe du reste assez souvent inaperçue, mais que l'on constate chez quelques malades au cours de crises violentes et prolongées. Quand elle existe, cette augmentation de volume semble évoluer parallèlement à la douleur, et nous l'avons trouvée d'autant plus marquée que le malade traversait une période plus douloureuse de sa crise. Dans les périodes d'analgésie, elle disparaît complètement. Est-ce là un trouble trophique? C'est ce que nous n'avons pu déterminer d'une façon précise.

Parmi les troubles trophiques que l'on rattache à la névralgie faciale, le zona ophtalmique est regardé comme l'un des plus communs. Sur 17 cas de névralgie faciale cependant parmi lesquels 13 cas de type grave que nous avons observés, jamais à aucun moment de leur affection, les malades n'ont présenté ce symptôme. Cette remarque ainsi que l'allure toute spéciale du zona ophtalmique nous ont conduit à admettre l'*indépendance* de cet état morbide par rapport à la névralgie faciale.

L'un des caractères de la névralgie faciale à type grave est de revenir à des époques indéterminées, sous forme de crises plus ou moins rapprochées les unes des autres, et nous ne savons guère quelles sont les causes qui en provoquent le retour. Toutefois il en est deux qui ont manifesté leur influence d'une façon à peu près constante chez la plupart de nos malades. C'est d'abord l'influence atmosphérique, ce qui ne veut pas dire l'influence du froid ou de l'humidité,

mais le passage brusque d'une température douce à une température rigoureuse, le passage de la sécheresse à l'humidité et inversement; ce qui fait qu'à ces époques de transition, on voit les malades revenir par série consulter et déplorer le retour de leurs crises. L'autre cause est l'apparition de la période menstruelle; il y a à ce moment chez la femme une période d'hypéralgie toujours très accentuée.

Nous nous sommes efforcés de déceler chez nos malades la cause probable de la névralgie à type grave, et sur ce terrain nous nous sommes constamment trouvé aux prises avec les plus grandes difficultés.

Dans les deux tiers des cas nous n'avons pu parvenir à déterminer cette cause : cela provient, en partie tout au moins, de ce que nous avons rejeté par principe, en l'absence de confirmations sérieuses et indiscutables, toutes les étiologies de carie dentaire, hystérie. neurasthénie, syphilis, si souvent invoquées sans fondement bien réel. Chez un de nos malades la névralgie paraissait devoir être rapportée au paludisme. Il présentait une névralgie à type grave généralisée, ce qui cadrait assez mal avec la névralgie faciale paludique, qui, on le sait, affecte le plus souvent le type léger, et se localise de préférence à la branche ophtalmique. Mais ce malade nous confia qu'en dehors de ses grandes crises habituelles il souffrait à certains moments de douleurs surajoutées revenant à heure fixe et cédant, mais cédant seules à quelques cachets de quinine, tandis que ce médicament n'avait aucun effet sur la grande névralgie. Cette association du type grave avec le type léger à étiologie bien définie nous semble assez intéressante pour être signalée[1].

Telles sont les quelques particularités d'ordre clinique que nous avons pu relever chez une série de malades atteints de névralgie du trijumeau.

II. Traitement de la névralgie faciale

La névralgie faciale, quelle que soit son type, léger ou grave, est justiciable dans certains cas d'un traitement *spécifique*, ce qui veut dire que dans tel ou tel type de névralgie

[1] Chez un autre malade franchement tabétique, les crises névralgiques présentèrent pour nous la même signification que les douleurs fulgurantes.

faciale il y aura lieu d'instituer une médication appropriée à l'étiologie.

Ainsi par exemple, l'administration de sulfate de quinine s'imposera dans les formes de « paludisme larvé », le traitement iodo-hydrargyrique dans les névralgies d'origine syphilitique, et ce même traitement pourra être essayé si l'on suppose la névralgie en relation avec le tabes. L'avulsion dentaire, l'ablation d'un dentier mal fait, l'extraction d'un corps étranger, le traitement d'une sinusite, d'une dacryocystite, etc., causes de différentes variétés de névralgie faciale, peuvent être considérés également comme un véritable traitement spécifique : de même la résection du rebord alvéolaire lorsque l'étiologie aura nettement montré qu'on se trouve en présence de cette forme particulière que l'on appelle la névralgie des édentés (opération de Jarre). Mais en dehors de ces procédés thérapeutiques, qui eux tendent véritablement à agir sur la cause de la névralgie et à la faire cesser, et qui par conséquent ne visent qu'un petit nombre de cas, on ne connaît guère de traitement qui par la constance de ses résultats ait affirmé indiscutablement sa valeur.

Les médicaments tels que la morphine, la jusquiame, le pyramidon, la gelsémine à l'intérieur, les topiques tels que le liniment thérébentiné, le chloroforme, la cocaïne *loco dolenti*, les révulsifs de toute nature depuis le dé de Trousseau pour la cautérisation ammoniacale superficielle jusqu'aux injections de nitrate d'argent dans le sinus maxillaire ont réussi dans certains cas, mais bien plus souvent dans la névralgie légère que dans la grande névralgie faciale.

Parmi tous ces traitements l'opium administré suivant la méthode de Trousseau et l'aconitine donnée sous la forme de pilules de Moussette sont encore les médicaments les plus estimés. L'administration méthodique de l'extrait thébaïque a donné d'assez bons résultats pour qu'on l'ait pu considérer comme un traitement de choix. Toutefois, il faut bien avouer que, même s'il est administré suivant les règles fixées par Charcot et Gilles de la Tourette, son efficacité s'épuise rapidement et qu'on se heurte bien souvent à des phénomènes d'intolérance.

Parmi les méthodes de thérapeutique physique, la frigothérapie a paru donner quelques bons résultats (pulvérisa-

tion de chlorure de méthyle, stypage), mais ils n'ont été vraiment démonstratifs que dans les formes peu intenses, passagères ou hyperesthésiques du type léger. Dans la grande névralgie, l'effet, s'il existe, n'est jamais que momentané.

Ni le massage (Libotte), ni le massage vibratoire (Boudet de Pâris) n'ont donné, semble-t-il, de succès suffisants pour pouvoir être recommandés.

III. Traitement électrique

Depuis longtemps, les auteurs ont eu recours à l'électricité et celle-ci a été employée sous toutes ses formes avec des résultats variables et différemment appréciés.

On s'est adressé et on s'adresse encore à l'électricité statique qui paraît avoir donné quelquefois de bons résultats, mais peut-être faut-il être assez circonspect en ce qui concerne le type de la névralgie qu'on a soumis à ce moyen. Il est certain que dans des cas de névralgie développée sur un terrain hystérique ou neurasthénique léger on a pu obtenir de notables améliorations. Dans certains cas, en combattant l'insomnie, l'électricité statique se montre d'une certaine utilité.

Le courant faradique employé par Duchenne de Boulogne puis par Becquerel est, d'après la plupart des auteurs, un excellent révulsif dans certaines formes extrêmement légères mais manque absolument d'efficacité dans les formes graves, et cela même dans les névralgies à type léger un peu sérieuses.

Le courant voltaïque, courant continu, a eu un champ d'application beaucoup plus étendu. Rappelons que Magendie avait préconisé l'électro-puncture, c'est-à-dire la piqûre électrolytique du nerf, procédé qui tomba rapidement en désuétude. Un procédé usuel, et recommandé actuellement encore par beaucoup de médecins, est l'application de tampons sur les points douloureux pendant trois, cinq ou dix minutes, avec une intensité variable, 5 à 10 milli-ampères pour les uns, 2 à 3 milli-ampères maximum pour les autres.

En Allemagne notamment, beaucoup de neurologistes ont l'habitude de traiter la névralgie du trijumeau avec de petits tampons et de se limiter à 2 ou 3 milli-ampères que l'on fait passer pendant quelques instants seulement en chan-

geant les tampons de place toutes les minutes environ. Deux ou trois séances constituent souvent toute la cure. Quant aux résultats, ils correspondent à cette manière de faire et, comme de juste, on les trouve notés tantôt comme extrêmement brillants, tantôt au contraire, comme absolument nuls.

D'autres auteurs, convaincus de l'insuffisance du courant continu ainsi appliqué, ont proposé l'introduction électrolytique de solutions médicamenteuses (cocaïne, chloroforme, chlorure de zinc, antipyrine). Enfin dans ces dernières années on a essayé les courants de haute fréquence, mais on n'a pu observer par ce moyen que de très rares améliorations.

Actuellement, tous les procédés de voltaïsation, et, du reste, d'électrisation en général, doivent céder le pas à celui de Bergonié qui l'emporte à coup sûr, par les résultats qu'il permet d'obtenir.

A. *Principe de la méthode.* — Il y a quelques années, cet auteur proposa d'utiliser dans la névralgie faciale des courants de haute intensité, de 30, 50, 80 milli-ampères et même davantage.

Mais de semblables intensités ne peuvent être tolérées que si l'on fait usage d'électrodes à large surface.

Aussi Bergonié recommande-t-il comme électrode active une grande plaque d'étain enveloppée de nombreuses feuilles de gaze, de surface assez considérable pour couvrir toute une moitié de la face, et assez souple pour prendre bien exactement l'empreinte des saillies et dépressions, sorte de *masque hémifacial* en un mot. Ce masque porte deux échancrures, l'une au niveau de l'œil, l'autre au niveau de la muqueuse labiale, de façon à soustraire ces parties à l'action du courant. Le pôle actif est le pôle *positif*. La durée des séances est de vingt minutes environ.

Après Bergonié, Mias, Bordier, Guilloz, Vernay, ont publié des faits, dans lesquels le résultat thérapeutique apparaît d'une façon très évidente. Mais plus enthousiastes que le professeur de Bordeaux, ces auteurs ont proclamé des guérisons, alors que Bergonié n'annonçait qu'une *action palliative*.

Nos premières tentatives de traitement électrique visaient de même à appliquer cette méthode aux malades atteints de névralgie faciale. Nous avons eu recours à cet effet

au même manuel opératoire, mais nous nous sommes rapidement aperçu que les hautes intensités n'étaient pas également bien supportées par tous les malades, quelque douceur et quelque précaution que l'on mit à élever cette intensité.

Aussi nous sommes-nous laissé quelque peu influencer par les sensations et les impressions des malades eux-mêmes et nous sommes-nous contentés d'intensités beaucoup plus faibles; mais convaincu que les intensités faibles n'ont qu'une action insignifiante lorsqu'on fait des applications de quelques minutes ainsi que l'enseignent les traités classiques, il nous a paru utile d'*augmenter la durée des séances* afin de faire pénétrer une quantité d'électricité plus considérable et d'obtenir ainsi des effets comparables à ceux de la méthode de Bergonié.

L'application de courants continus à intensité faible (3 à 12 milli-ampères) *pendant quarante-cinq minutes, une heure et davantage*, tel est le procédé que nous employons actuellement, procédé auquel nous sommes redevable de résultats très encourageants, et dont nous proposons l'introduction définitive dans la thérapeutique classique de la névralgie du trijumeau.

B. *Technique générale. Pôle à employer. Electrodes.* — Une bonne batterie galvanique de 16 éléments au chlorure de zinc ou mieux au sulfate de mercure, pourvue d'un galvanomètre apériodique graduant de 0 à 15 milli-ampères convient parfaitement pour l'application de ces courants. Sur nos indications, Gaiffe a construit un type de batterie au sulfate de mercure destinée spécialement aux applications faciales. Le dispositif a été combiné de telle sorte que le malade puisse faire les applications lui-même sans danger et sans erreur possible.

C'est là un avantage qui a son importance. Le médecin n'a ainsi *nullement besoin de faire lui-même chaque séance* ni d'y assister, sauf peut-être pour les trois ou quatre premières, à titre de démonstration[1]. Par conséquent son rôle consiste uniquement dans la *direction et la surveillance* du traitement. Il lui appartiendra seulement de tenir son malade

[1] La plupart des malades arrivent au bout de très peu de temps à bien appliquer les électrodes et à manœuvrer la batterie.

bien en main, de vérifier de temps en temps l'état de la peau, de constater les progrès accomplis, et, suivant les circonstances, d'augmenter ou diminuer l'intensité ou la durée des séances, de faire suspendre ou reprendre les applications.

Les fils fixés aux électrodes sont terminés par des fiches de grosseur inégale correspondant chacune à une prise de courant, ce qui empêche toute interversion involontaire de polarité. Le fil fixé au masque facial sera ainsi toujours relié au pôle positif.

C'est en effet le pôle positif qui est indiqué comme pôle actif dans le traitement des névralgies en général, et qu'on recommande particulièrement dans la névralgie du trijumeau. Il présente par lui-même une action sédative, calmante bien connue et produit sans doute également des actions plus profondes que nous ne connaissons pas d'une façon précise. Les effets opposés du pôle négatif, généralement stimulant ou irritant, ont fait rejeter l'emploi de ce pôle par la plupart des auteurs. Quelques-uns cependant, parmi lesquels Guilloz, ont tenté d'appliquer la méthode des intensités élevées avec le pôle négatif comme pôle facial, et assurent avoir obtenu des résultats tout à fait équivalents, ce qui, par conséquent tendrait à faire supposer que l'action polaire est pour peu de chose dans les effets obtenus et que ceux-ci dépendent surtout de l'action interpolaire.

L'électrode négative, de 4 à 500 centimètres carrés, sera placée de préférence, ainsi que l'indique Bergonié, dans le dos, au niveau des premières vertèbres dorsales descendant jusqu'aux premières lombaires. On pourra toutefois, si la finesse de la peau s'oppose à des applications prolongées au même endroit, varier de temps à autre la position de cette électrode. Cette électrode peut être en étain, ce métal étant extrêmement malléable, recouvert d'une double couche de feutre, le tout enveloppé dans une peau de chamois. On pourra cependant construire une électrode excellente au moyen d'une lame d'étain entourée de plusieurs couches de coton hydrophile le tout enveloppé dans une sorte de sac de fine mousseline.

La construction de *l'électrode faciale* a une importance très considérable. Celle-ci, de 250 centimètres carrés environ, devra se mouler le plus exactement possible sur la face. Une feuille d'étain souple découpée d'après le modèle de

Bergonié et recouverte de plusieurs épaisseurs de coton hydrophile le tout enveloppé dans une mince mousseline constitue une électrode faciale à peu près parfaite. Il faut rejeter de parti pris tous les modèles où le tissu souple (feutre, coton hydrophile) n'est pas en épaisseur suffisante, ainsi que tous les modèles dans lesquels le métal ou le charbon ne sont pas suffisamment éloignés de l'épiderme.

Bordier conseille de veiller également à ce que la distance entre la peau et le métal de l'électrode soit partout la même c'est-à-dire que le métal soit exactement parallèle à la surface du tégument. On ne saurait oublier en effet que l'on agit sur une région où la peau est extrêmement fine, et où peuvent, si l'on n'y prend garde, se produire des escarres.

La nature du métal à utiliser pour la fabrication des électrodes est, suivant certains auteurs, également à considérer. Bordier rejette absolument le cuivre, le laiton, l'étain, le plomb, le nickel, parce qu'il se produit une couche de carbonate et d'oxyde par suite des actions électrolytiques qui se passent au sein de l'eau retenue par imbibition dans l'électrode, et que cette couche de composés métalliques offre une grande résistance au passage du courant. Il pense que lorsque de telles électrodes ont servi pendant quelque temps, le courant ne passe plus que par quelques points du métal, les moins résistants, et qu'alors la distribution des lignes de flux est très irrégulière. De là un accroissement de densité de courant en certains points qui explique comment peuvent se produire des escarres. Pour éviter cet accident, Bordier conseille l'aluminium ou le cuivre platiné.

L'électrode indifférente de même que l'électrode faciale devront, bien entendu, être convenablement mouillées. Pour maintenir une imbibition convenable, il vaut mieux laisser tremper les électrodes la nuit dans de l'eau que l'on échauffera au moment de l'usage par l'addition d'un peu d'eau bouillante. Il faut toujours éviter de laisser sécher le coton, car après plusieurs alternatives de dessication et de madéfaction, il forme une masse compacte qui se prête mal à la conformation du visage. On aura soin de ne se servir que d'eau tiède. L'eau salée est à déconseiller, car il peut se produire sous son influence une irritation des téguments. Quand au cours d'une séance l'électrode viendra à perdre une certaine quantité de son eau, on pourra en exprimant sur sa

partie supérieure une éponge remplie d'eau, lui restituer son humidité.

L'un des points importants à observer dans le manuel opératoire est l'application de l'électrode faciale sur la peau, de telle façon qu'elle s'adapte bien exactement sur tous les points. La pression exercée par l'électrode devra être sensiblement la même au niveau de la région temporo-frontale, qu'au niveau de la région molaire, qu'au niveau de l'angle du maxillaire. Cette compression uniforme peut être obtenue au moyen d'une bande de caoutchouc (Bergonié), ou bien au moyen d'une bande de crêpe Velpeau enroulée autour de la tête en manière de minerve. Dans ce dernier cas on aura soin d'interposer entre l'électrode et la bande un imperméable en caoutchouc ou en taffetas gommé.

C. *Intensité*. — L'électrode faciale étant bien appliquée sur le côté malade, l'électrode indifférente étant fixée au moyen d'une ceinture au niveau de la région dorsale, on commencera la séance. Le courant sera gradué à l'aide du collecteur d'éléments qu'on poussera de gauche à droite jusqu'à ce qu'on ait atteint l'intensité désirée. (Il est préférable, si l'on dispose d'une installation fixe, d'employer le réducteur de potentiel.) Dans tous les cas on aura soin de n'élever l'intensité qu'avec la plus grande lenteur.

A quelle intensité faut-il s'arrêter ? Cette question est sans doute l'une des plus importantes, attendu que les auteurs qui ont utilisé le courant continu contre la névralgie faciale se sont servis les uns d'intensités faibles, c'est-à-dire d'intensités ne dépassant qu'exceptionnellement 10 milli-ampères et se rapprochant le plus souvent de 3 et même de 2 milli-ampères, les autres (méthode de Bergonié) d'intensités très élevées, c'est-à-dire d'intensités comprises entre 20 et 100 milli-ampères. Or de part et d'autre on a enregistré de bons résultats, des résultats même très encourageants. Boudet de Pâris ne dit-il pas en effet que la guérison des névralgies est le triomphe de l'électrothérapie : « Au bout d'un très petit nombre de séances les douleurs faciales, sciatiques, intercostales disparaissent et si le malade a la constance de se soumettre à un traitement régulier pendant quelque temps, il obtient une guérison radicale, même lorsque la maladie remonte à une époque déjà éloignée. Dans un cas entre autres, la névralgie trifaciale datait de

dix-huit ans. Un mois de traitement actif a fait disparaître les douleurs qui n'ont plus reparu depuis un an. » Dans ses applications, Boudet employait des intensités de 5 milli-ampères environ.

Bergonié au contraire insiste sur l'utilité des hautes intensités et se déclare convaincu de l'action bien autrement puissante de ce procédé.

Nous avons essayé d'appliquer à certains malades les intensités élevées. Il est certain que ces intensités peuvent être aisément supportées surtout si on a la précaution d'y accoutumer les malades en leur faisant prendre des séances quotidiennes à intensités progressivement croissantes. Mais les malades n'aiment pas beaucoup, en général, la sensation énergique fournie par les intensités élevées, et plus d'un malade nous a déclaré préférer renoncer à l'électricité que de se soumettre à de nouvelles séances dans ces conditions. Chez deux d'entre eux, des intensités comprises entre 15 et 20 milli-ampères ont chaque fois réveillé les douleurs les plus violentes.

Ces faits d'intolérance ont du reste été notés par Bergonié.

L'emploi de hautes intensités demande une surveillance constante du malade, ce qui ne signifie pas cependant que la méthode soit dangereuse, mais il faut être prévenu qu'une interruption brusque dans le circuit, soit du fait d'un mouvement du malade, soit du fait d'un contact défectueux peut amener une secousse d'ouverture dont l'effet peut être désagréablement ressenti, et qui peut même amener la syncope. Une mauvaise application du masque facial peut de même produire une brûlure si l'on néglige de s'informer de temps à autre des sensations éprouvées par la malade sous l'influence du courant.

Lorsqu'on emploie des intensités faibles, l'escarrification n'est pour ainsi dire pas à craindre. En outre, l'interruption accidentelle du courant ne peut produire aucun accident grave, sauf peut-être chez quelques artério-scléreux ou aortiques. Par conséquent il semble qu'à résultats égaux, l'emploi d'intensités faibles se justifiera parfaitement.

Quelques auteurs ont renoncé à l'évaluation de l'intensité du courant par le galvanomètre et, ce qu'ils cherchent à préciser, c'est l'intensité du courant qui pénètre dans l'économie par centimètre carré de surface cutanée. C'est ce que l'on

appelle la densité du courant, et pour ces auteurs c'est la densité qui se trouve être l'élément posologique capital.

(Pour obtenir la densité du courant à son entrée, il suffit de diviser l'intensité totale du courant indiquée par le galvanomètre par le nombre de centimètres carrés de la surface de l'électrode faciale.)

Il est certain que l'appréciation de la densité a une certaine importance. Toutefois il serait inexact de supposer qu'on ait dans ce moyen un élément de mesure d'une précision mathématique, car, quoi qu'on fasse, et quelque soin qu'on ait mis à appliquer l'électrode faciale hermétiquement sur le tégument, il est impossible d'empêcher le courant de s'écouler plus aisément par certains points, ceux par exemple où la résistance cutanée est moindre, où l'humidité de la plaque est plus grande ou bien son contact avec la peau plus intime. De telle sorte qu'il existe à côté de la densité théorique facile à chiffrer, une densité réelle, densité pratique qui a été parfaitement indiquée du reste par ceux qui se sont occupés de la question, mais dont l'évaluation est impossible.

Les sensations éprouvées par les malades au moment du passage du courant sont interprétées de façon très diverse. Tel malade déclare ne rien sentir du tout avec 4, 5, 6 milliampères, tel autre accuse simplement une sensation de fourmillement, enfin un troisième aura une impression de chaleur bienfaisante. A aucun moment les malades auxquels nous avons appliqué les intensités faibles ne se sont plaints de phénomènes douloureux ou seulement de sensations désagréables.

D. *Durée.* — La durée de l'application électrique constitue à elle seule un des facteurs les plus importants de la réussite. On estime généralement qu'une durée de dix minutes est suffisante; elle est même considérée par certains auteurs comme une application longue puisque trois à cinq minutes représentent pour eux un temps moyen. Nous mettons en garde également contre des prescriptions telles que celles-ci : application de courant voltaïque une minute sur chaque point douloureux; ce qui est absolument dérisoire.

Bergonié proposait des séances de vingt minutes et ses élèves l'ont suivi dans cette voie. Peut-être cette durée est-elle suffisante lorsqu'on applique des intensités élevées, mais

lorsqu'on se contente d'une intensité ne dépassant pas 10 milli-ampères, vingt minutes ne suffisent plus.

Nos premières applications furent faites pendant un quart d'heure et vingt minutes, mais nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que l'amélioration que nous cherchions s'obtenait beaucoup plus vite et beaucoup plus sûrement avec des séances de trente, quarante, quarante-cinq et cinquante minutes, et actuellement, après avoir tâtonné dans cette voie, le *minimum de temps que nous imposons aux malades est une heure*. Nous avons recherché parmi les observations publiées avant nous les durées moyennes des séances, et nous n'en avons trouvé que deux où il ait été fait mention de séances dépassant une demi-heure : dans un cas, trente-cinq à quarante-cinq minutes, dans l'autre, quarante à cinquante minutes.

Autant que nous, les malades sont convaincus de l'avantage des séances prolongées, et l'un d'entre eux nous a même incité à essayer des séances encore beaucoup plus longues. Ces séances prolongées ne produisent aucune fatigue, le malade n'ayant aucun appareil à tenir.

Il est indispensable cependant que les électrodes soient convenablement appliquées et toujours en état d'humidité parfaite. On n'oubliera pas de recommander au malade qui fera lui-même les applications de s'assurer constamment de l'humidité suffisante des électrodes.

E. *Le Traitement dans son ensemble.* — Une séance consiste donc dans l'application du courant continu à l'intensité de 4 à 8 milli-ampères pendant une heure environ. Lorsqu'on retire les électrodes on remarque que la peau du côté électrisé est congestionnée, mais cet état ne tarde pas à disparaître après quelques heures, et en général au bout de trois heures la face a repris son aspect normal.

Immédiatement au sortir de la séance le malade éprouve un sentiment de bien-être, une détente qui se trouve surtout marquée dans les cas de névralgie à forme grave. Un des effets particuliers de la séance de voltaïsation que nous n'avons trouvé signalé nulle part est une certaine tendance au sommeil.

Avec les faibles intensités il est exceptionnel de constater une irritation cutanée quelconque. Il n'est pas rare qu'après

quelques séances il se produise une légère desquamation de la couche la plus superficielle de l'épiderme. Cette éventualité ne présente du reste aucun inconvénient. Toutefois il serait bon de suspendre les séances pendant un ou deux jours si cette desquamation avait tendance à s'exagérer.

On peut se contenter de 3 séances par semaine. Ce chiffre est celui qui convient aux formes peu ou moyennement douloureuses de la névralgie. Mais, dans les cas de névralgie très violente, dans toutes les formes graves, dans toutes celles qui s'accompagnent de tic, il est absolument indiqué de faire des applications *quotidiennes*.

Celles-ci ne devront pas être faites à des heures indifférentes d'un jour à l'autre, un jour le matin par exemple et le lendemain, le soir ou dans l'après-midi. Si des séances ainsi faites n'amenaient qu'une amélioration insignifiante, il ne faudrait pas s'en montrer autrement surpris, car l'un des principaux éléments de succès est précisément l'absolue régularité et la périodicité des applications. Un bon moyen pour en obtenir l'exécution chez les malades est de les engager à s'y soumettre le matin dès le réveil.

Dans les quinze jours ou le mois qui suivront le début du traitement, il ne faudra guère compter sur une amélioration flagrante. Celle-ci se produit bien quelquefois dès la première huitaine, mais beaucoup plus souvent il faut attendre jusqu'à la fin du premier mois pour la voir survenir. Dans le type grave, il y a même parfois au moment des premières séances une augmentation des douleurs, fait sur lequel il y a lieu d'appeler l'attention du malade, afin de ne pas le laisser conclure à l'inefficacité de l'électricité, ou même à sa nocivité. Le médecin sera même à ce moment parfois obligé d'user de toute sa puissance de persuasion pour éviter toute interruption du traitement, si, ne constatant encore aucun résultat, ou traversant la période hyperalgique, le malade se trouvait découragé, et s'apprêtait à renoncer à la cure qu'il vient d'entreprendre.

Trois mois de séances représentent la moyenne que nous avons généralement adoptée. Au bout de ce temps les malades les plus gravement touchés accusent à peu près tous une amélioration nette plus ou moins considérable suivant les sujets, presque toujours cependant très marquée. Après ces trois mois, si l'on juge l'amélioration suffisante, on pourra

interrompre le traitement, mais *non pas le suspendre* d'une façon définitive. Il est nécessaire en effet que les malades reviennent de temps à autre à l'électricité, et il faut leur recommander de reprendre de nouvelles séances pendant plusieurs mois à raison de 8 à 10 par mois environ, alors même que les douleurs seraient devenues insignifiantes. Ces séances se feront de préférence pendant huit à dix jours consécutifs, du 1er au 8 ou 10 de chaque mois, par exemple. Chez les femmes, qui, pour la plupart présentent au moment de leurs règles une poussée algique, il y aura intérêt à faire prendre ces séances dans la semaine précédant la menstruation. Certaines malades se sont même tellement accoutumées à cette façon de faire que nous les voyons revenir dans le service uniquement à l'époque précitée alors même qu'elles ne souffrent pas.

F. *Résultats.* — Un certain nombre d'observations ont été publiées par Bergonié, Bordier, Mias, Guilloz, Vernay. Toutes ces observations se rapportent à des malades traités par la méthode de Bergonié, ou tout au moins par des courants de haute intensité.

Guilloz [1] cherche à appliquer des densités de courant plus considérables que Bergonié : « J'ai essayé, dit-il, des courants de densité encore plus forte et dépassant souvent l'unité et même 1,5. Je les fait passer jusqu'à ce que la peau menace de s'altérer d'une façon permanente. L'électrode active recouvre seulement les parties douloureuses et on en diminue la surface à mesure que la douleur se circonscrit. J'ai employé comme pôle actif, tantôt l'anode, tantôt la cathode, sans qu'il m'ait été possible de différencier nettement l'action prédominante de l'un des pôles. »

Parmi les résultats éloignés qui ont été notés, ceux que rapporte Bergonié offrent un intérêt primordial puisque l'auteur a pu suivre certains malades pendant sept à huit ans. Malheureusement tous les auteurs ne l'ont pas imité et n'ont pas publié de suites éloignées, ce qui, pour la névralgie du trijumeau du type grave, est cependant de toute importance.

Cette névralgie du trijumeau type grave, peut-elle guérir?

[1] *Société de Médecine de Nancy*, 26 janvier 1898.

Non, d'après Bergonié, qui, du reste, n'accorde au traitement électrique qu'une valeur palliative. Oui, d'après quelques-uns qui affirment avoir obtenu dans certains cas une guérison pleine et entière. Il est permis de se demander si, dans des cas de ce genre, les auteurs n'ont pas été induits en erreur par l'allure de la névralgie, et s'il ne s'agissait pas ici et là de névralgies du type léger. Dans bien des observations, en effet, le type de la névralgie n'est pas pas spécifié, et il est impossible de savoir auquel des deux types appartient l'affection traitée.

Sans doute les auteurs ont eu toujours soin de noter la date du début de l'affection, mais cette indication ne donne qu'un renseignement insuffisant. Que l'on veuille bien se reporter aux quelques considérations d'ordre clinique que nous avons développées plus haut, et où nous avons cherché à préciser la ligne de démarcation entre les deux « formes » de névralgie faciale. On y trouvera que la névralgie du type léger peut affecter une allure *légère*, *sérieuse ou tenace*, tout comme la névralgie sciatique qui se montre sous les aspects les plus variés, depuis la forme la plus légère, jusqu'aux formes les plus extraordinairement rebelles. Or, pour le type léger de la névralgie faciale, le traitement électrique basé sur les principes que nous venons de passer en revue est à coup sûr l'une des meilleures thérapeutiques et nous l'avons vu réussir d'une façon parfaite dans des cas de névralgie de ce type qui avaient résisté à tous les autres traitements. La guérison y est la règle, et on peut s'attendre, après un traitement régulier de deux mois environ, à voir les douleurs disparaître d'une façon définitive.

Mais il n'en est pas de même du type grave de la névralgie faciale, de la névralgie épileptiforme. Quoi qu'on en ait dit, la guérison véritablement totale nous paraît bien improbable, et nous ne l'avons pour notre part jamais observée d'une façon absolue. Des améliorations considérables peuvent se produire sous l'influence du traitement électrique, améliorations qui approchent parfois assez sensiblement de la guérison, mais nous n'hésitons pas à affirmer « qu'il reste toujours quelque chose ». Même dans les cas où l'absence des accès pendant de longs mois a paru offrir l'espoir d'une disparition totale de la maladie, il s'est toujours produit à un moment donné un ou plusieurs épisodes douloureux,

épisodes il est vrai très supportables, et comme la reproduction en abrégé et en miniature des accès d'autrefois.

L'emploi du courant continu suivant le procédé que nous venons d'indiquer avec des intensités faibles de *4 à 10 milli-ampères*, la *durée longue* des applications tri-hebdomadaires ou quotidiennes pendant *trois mois d'abord*, puis pendant huit à dix jours les mois consécutifs, (période de *cure active* pendant trois mois, période de *soutien* à la suite), représentent la thérapeutique que nous utilisons dans la cure de névralgie faciale.

Nous avons traité ainsi 17 malades atteints de névralgie faciale dont la plupart avaient déjà tout tenté, ou à peu près tout, pour obtenir un peu de soulagement.

Sur ces 17 malades, 7 ont présenté une névralgie du *type grave avec tic* plus ou moins prononcé. Sur ces 7 malades nous devons noter *un insuccès complet;* tous les autres ont été améliorés dans des proportions variables. Cette amélioration a été moyenne chez une malade qui ne s'est pas soumise au traitement avec la régularité requise, mais elle a été très marquée au contraire chez les 5 autres.

Six malades avaient le *type grave mais sans tic*. Sur ces 6 cas, dans l'un, le nombre des séances a été notoirement insuffisant (8 séances) ; dans un autre le traitement n'a pas été fait régulièrement.

Restent donc 4 cas parmi lesquels nous notons une amélioration moyenne, et 3 très grosses améliorations. Enfin sur 4 cas de *névralgie du type léger*, nous noterons un traitement incomplet, une amélioration considérable et deux guérisons. Malgré le peu d'importance qu'il faille attacher aux statistiques, celle-ci en raison du nombre d'améliorations obtenues, nous paraît digne d'être prise en considération.

On voit que nous ne faisons usage du terme de guérison que pour les névralgies à type léger. Pour les névralgies du type grave, nous n'avons voulu admettre comme possible qu'une amélioration très considérable, et nous ne saurions assez insister sur ce point. Bien que dans deux cas de névralgie faciale de ce type nous ayions obtenu une sédation presque absolue des douleurs, nous ne consentons pas à reconnaître à la voltaïsation autre chose qu'une action palliative.

Il arrive en effet bien souvent qu'après la période d'amélioration qui se montre presque toujours d'une façon nette après les trois premiers mois, il se produise une rechute au bout d'un temps variable. Ces rechutes se présentent parfois en assez grand nombre pour permettre de douter de l'amélioration obtenue, mais si l'on interroge les malades avec soin et si l'on ne se borne pas à leur poser cette simple question : « souffrez-vous encore? » on apprendra d'abord que toutes ces rechutes laissent entre elles des intervalles de repos absolu bien plus longs que ceux qui existaient avant le traitement, et ensuite que les crises douloureuses ne se montrent plus, ni avec la même durée, ni avec la même intensité qu'avant toute électrisation. En un mot : « l'électrisation a usé la névralgie » (Bergonié).

Lorsqu'on demande aux malades d'étabir une comparaison entre les sensations éprouvées avant le traitement et postérieurement à lui, ceux-ci sont d'accord pour affirmer que cette comparaison n'est plus possible même dans les périodes les plus douloureuses. « Ce ne sont plus des éclairs, nous a dit l'un de nos malades, je sens qu'il va y avoir quelque chose, et ce quelque chose est un chatouillement considérable et fort désagréable. » De toute façon la cessation momentanée des accès ou leur diminution, l'existence d'intervalles non douloureux plus prolongés qu'auparavant, constitue un bénéfice indiscutable, dont il faut tenir compte et dont les malades sont du reste unanimes à reconnaître l'importance. Deux, et nous pourrions même dire trois de nos malades avaient, avant le traitement, des idées de suicide qui semblaient ne pas être qu'une vaine menace. Aucun d'eux ne songe plus actuellement à attenter à ses jours.

Il est du reste encore un fait qui représente à lui seul un notable élément d'appréciation de la valeur du traitement électrique. Parmi tous nos malades qui constituent le groupe de ceux qui ont obtenu une amélioration franche, il n'en est pas un, qui, au premier présage de réapparition de douleurs, ne soit revenu réclamer une nouvelle série de séances, et tous nous ont assuré que parmi les différents traitements qu'ils ont subis, médications internes, injections sous-cutanées, analgésiques, topiques, névrotomie, résection, il n'en est aucun qui leur ait procuré un soulagement aussi marqué que le courant continu.

G. *Mode d'action.* — Ces résultats sont-ils effectifs et véritablement dus à l'action du courant électrique lui-même? ou bien faut-il voir une heureuse conséquence de la suggestion armée? C'est là un argument, qu'à l'exemple de Mœbius, font encore valoir un certain nombre d'auteurs, Bernheim par exemple. Il faudrait admettre dans ce cas une bien puissante influence suggestive de l'électricité que pourrait d'ailleurs tout aussi bien créer le cachet d'antipyrine ou de mica panis. Bernheim fait toutefois remarquer que la suggestion ne réussit d'une façon certaine que dans les cas de névralgie-névrose, tandis que dans les cas de névralgie-névrite il avoue avoir peine à s'expliquer son mode d'action.

S'agit-il, comme on l'allègue, d'une heureuse coïncidence? Et n'aurions-nous pas pris pour des améliorations ces périodes d'accalmie que l'on observe chez bien des malades dans l'évolution de leur névralgie. Sans doute il nous est impossible de prétendre que cette éventualité si favorable ne se soit pas produite chez un ou deux malades, mais il faudrait vraiment un concours de circonstances bien extraordinaire pour que cette heureuse coïncidence se soit montrée dans la proportion de huit fois sur dix environ.

Quoi qu'il en soit, on peut étayer sur les propriétés physiologiques du courant continu une théorie rationnelle de son mode d'action dans la névralgie faciale. Déjà, il n'est pas douteux qu'il faille pour une certaine part, faire intervenir l'influence sédative du pôle positif. L'action polaire toutefois n'est peut-être pas un argument suffisant quand il s'agit d'expliquer la diminution des crises spasmodiques et en particulier du tic douloureux. Peut-être dans ce dernier cas l'électricité vient-elle exercer une action sur le réflexe moteur lui-même, en ce sens que, produisant une action analgésique sur les extrémités périphériques, le réflexe moteur centrifuge perdrait parallélement de son intensité.

Bergonié explique ainsi le mode d'action de l'électricité dans sa méthode : il se produit durant le passage du courant des phénomènes de décomposition électrolytique des tissus, et au voisinage de l'électrode positive se développe, par action secondaire, un milieu acide. C'est dans ce milieu que se trouvent plongés, pendant le passage du courant et après lui, les dernières ramifications sensitives du nerf affecté, et « il n'est pas irrationnel de supposer que de ce fait, et par

une action que j'ai appelée action tertiaire de l'électrolyse, leur irritabilité pourra être momentanément diminuée, suspendue, et même détruite si l'action est assez puissante et prolongée. » Selon Bergonié ce ne sont pas seulement les dernières ramifications du nerf qui sont atteintes, mais l'action du courant s'étend sensiblement au delà, et il se fonde sur ce fait, qu'après l'application du courant il existe une diminution considérable de l'hyperexcitabilité de la peau et des parties profondes, puisque les mouvements intenses, le massage, la pression sur les branches nerveuses au niveau de leur émergence, les mouvements de la parole, de la mastication ne provoquent pas de douleurs. Cette diffusion se ferait par les canaux osseux de la face, qui à l'inverse des parties osseuses offrent une moindre résistance au passage du courant, et celui-ci emprunterait, par conséquent, pour gagner l'électrode indifférente, la voie offerte par les branches du trijumeau. Et, admettant que l'électricité suive ainsi les branches de ce nerf, il est fort juste de penser que le courant agit profondément sur le trijumeau, et même sur le ganglion de Gasser par cette voie.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XIV. **De l'état actuel de la théorie de l'inflammation dans le système nerveux central**; par E. Storch. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXIII, N. F. XI, 1900.)

Toute toxine peut, par irritation, léser les vaisseaux et produire ainsi une *affection en foyer*, dont les conséquences dépendent de la structure et de la disposition du vaisseau ainsi que de l'endroit du système nerveux central atteint. La toxine peut aussi, en pénétrant dans la paroi d'un capillaire, préalablement intact ou malade, envahir la lymphe qui arrose cellules et fibres, et agir sur le parenchyme : ici intervient une espèce de sélection en rapport avec la cause morbigène, avec l'individu, une affinité chimique, qui fait que l'agent toxique s'adresse à des groupes nerveux physiologiques, à des *systèmes*, et s'exprime cliniquement par les accidents de la strychnine, du tétanos, du délire aigu, du tabes, de la paralysie générale, Nous connaissons bien les altérations corres-

pondantes de certains neurones de la moelle, pas du tout celles du cerveau.

Il y a lieu de distinguer l'inflammation qui suit le trajet des vaisseaux, et celle qui suit le neurone.

I. — *Le type de l'inflammation du neurone* est celle du *tabes dorsal*, constituée par la dégénérescence primitive des cordons postérieurs, d'origine, le plus habituellement syphilitique. C'est une inflammation, indépendante du système vasculaire, mathématiquement limitée au trajet des fibres radiculaires postérieures, qui n'altère pas la forme de la moelle. Racines postérieures, région externe des cordons postérieurs, envahissement des faisceaux de Goll (dans la moelle cervicale), telle est la marche de la lésion de bas en haut, progressivement. Les fibres nerveuses disparaissent pour être remplacées par des fibres névrogliques. A un moment donné, le champ dégénératif est relié aux cornes postérieures à l'aide de cloisons de névroglie abondantes autant qu'épaisses, et surtout aux colonnes de Clarke, altérées de même façon ; cette transformation se poursuit dans les cornes antérieures du même côté, et gagne, par la commissure postérieure, la corne postérieure du côté opposé. La constatation de lésions atrophiques identiques dans les ramuscules sensitifs de la peau, dans les cellules des ganglions spinaux (segments intraspinaux), autorise à formuler que le tabes émane d'une lésion primitive des cellules des ganglions spinaux, qui aboutit à la nécrose des extrémités les plus périphériques ainsi que des racines postérieures dans tout leur parcours (Pierre Marie, Oppenheim, Struempell). Les altérations de la substance de soutènement sont secondaires : elles sont destinées à combler le vide produit par la mort des éléments nerveux ; les fibres névrogliques se multiplient, mais les noyaux, peu. On ne voit que peu de cellules granuleuses, un petit nombre seulement de cellules étoilées ou cellules névrogliques riches en protoplasma, gonflées, et elles sont peu volumineuses. C'est une sclérose isomorphe, qui représente le degré le plus inférieur de l'irritation formative de la névroglie.

II. — *L'inflammation* qui s'adresse aux *vaisseaux* engendre des *lésions en foyer*. Celles-ci sont, lorsque le système vasculaire est au préalable intact (enfants, jeunes gens), causées par des corps solides comme les embolies : d'où la poliomyélite.

Pour qu'un agent nocif amorphe exerce une action locale, il faut que le système vasculaire soit auparavant affecté, comme dans le cas d'anévrisme miliaire qui résiste moins à la pression. Alors, interviennent pour détruire les tissus, hémorrhagies, embolies ou thromboses, aseptiques (ischémie, anémie) ; tous agents traumatiques en réalité ; ou bien les bactéries avec leurs produits de désassimilation, toxiques d'origine interne ou externe. Les agents nocifs agissent au prorata de leur acuité, de leur lenteur, de leur

constitution, de leur concentration, de la force de résistance et de réaction locale et individuelle du tissu.

Le parenchyme nerveux possède une très faible puissance de régénération ; de là les variantes anatomopathologiques : chromatolyse des cellules, tuméfaction des cylindraxes, régression des gaines myéliniques, dissociation des éléments anatomiques, résorption des débris, avec cette particularité que ces débris peuvent demeurer sur place longtemps à l'état de cellules calcifiées, de mottes hyalines, de corpuscules amylacés. Le parenchyme reste passif, sauf en certains cas légers et chroniques où l'irritation caresse les couches périphériques des fibres nerveuses, fouette la nutrition du cylindraxe et provoque sa réparation (sclérose en plaques).

La substance de soutènement, ou névroglie d'origine ectodermique, réagit vivement même vis-à-vis d'une irritation faible qui ne paraît pas altérer le parenchyme : telles les cellules satellites des grandes cellules pyramidales de l'écorce se multiplient sans altération apparente du parenchyme. Ailleurs, les fibres de la névroglie sont intactes à côté des lacunes de la substance blanche de la moelle. Enfin, si la lésion est extrême, la charpente de soutien cède à son tour, il s'effectue une nécrose totale d'un morceau de tissu, et ce séquestre irrite autour de lui.

Les lésions de nutrition sont de trois sortes : 1° la tuméfaction du parenchyme avec activité modérée de la névroglie ; 2° la décadence des éléments nerveux avec conservation de la charpente de soutien ; 3° la nécrose ou ramollissement.

M. Storch étudie minutieusement le *ramollissement* constitué par la formation d'une cavité qui contient le séquestre : dans la paroi de celle-ci se produisent des phénomènes qui tendent à la guérison. *A*. S'agit-il du ramollissement *traumatique*, d'une nécrose anémique, l'*inflammation qui lui succède* procède des éléments suivants : altération des vaisseaux, exsudation, ébranlement de l'équilibre du tissu, prolifération de l'appareil de soutènement et régression du parenchyme ; *B*. Le ramollissement *toxi-infectieux succède au contraire à l'inflammation*. Il débute par l'exsudation d'un liquide albumineux, l'émigration des hématies, et des leucocytes plus spécialement chargés d'absorber tous les détritus qu'ils emportent en se résorbant. La prolifération appartient à la névroglie seule : elle commence du troisième au quatrième jour. Tout près du foyer nécrosé, on rencontre encore de grosses cellules épithélioïdes à un ou plusieurs noyaux, des cellules mésodermiques du système vasculaire, endothéliales, des fibres de muscles et de tissu conjonctif tuméfiées, hyalines, des espaces lymphatiques périvasculaires bondés d'endothéliums proliférés, susceptibles de se charger des décombres.

A noter que Hoche, au moyen d'embolies aseptiques renforcées

après coup d'infection, a obtenu une inflammation de la moelle atteignant le canal central, espèce de *syringomyélie inflammatoire*.

L'inflammation aiguë peut, de par la persistance de l'irritation atténuée, devenir *chronique* : sclérose en plaques consécutive à encéphalomyélite disséminée.

Il existe aussi des *lésions en foyer*, c'est-à-dire vasculaires, dès le début *lentes et irrésistibles* : on y retrouve les altérations vasculaires, la tuméfaction de la névroglie qui est énorme, ex : certaines formes de sclérose poly-insulaire ou diffuse, avec ou sans augmentation de volume. Le microscope permet d'en déterminer deux aspects. *a. Sclérose en plaques* : foyer composé d'un réseau fort ou fin de fibres de la névroglie, modérément riche en noyaux, rappelant la disposition des fibres nerveuses, fréquemment traversé par des fibres nerveuses amyéliniques; dans la zone marginale, cellules étoilées de névroglie gonflées; *b. Sclérose diffuse*. Particulière à l'enfance, elle porte sur le cerveau. Première espèce. Circonvolutions, lobes ou presque un hémisphère massif, épais; feutrage de névroglie avec nombreux noyaux, cellules étoilées assez grosses. Un cas de ce genre observé chez un paralytique général adulte. Deuxième espèce. Enfants. Tissu scléreux composé d'une névroglie très abondante; on a peine à reconnaître l'ébauche de la structure ancienne du cerveau. Quelques points ramollis presque exclusivement formés de grosses cellules épithélioïdes ou de grosses cellules étoilées gorgées de liquide. P. KERAVAL.

XV. **Contribution à la connaissance des troubles de la conscience avec conservation de la mémoire chez les épileptiques**; par M. K. BONHOEFFER. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII, N. F. XI, 1900.)

Observation très détaillée d'un dégénéré. Tares héréditaires, convulsions dans l'enfance, signes de dégénérescence physiques, faible résistance à l'égard de l'alcool, tendance à éprouver de l'angoisse. Il présente un accès passager d'aliénation mentale caractérisé par des sensations physiques anormales toutes particulières, de l'apnée et de la dyspnée survenues brusquement au réveil, qui ressemblent à celles des épileptiques en proie à un accès d'agitation expansive. Il a du vertige : tout danse autour de lui; il ne peut s'empêcher de cligner des yeux, il sent qu'on lui tire le ventre, il ressent des douleurs dans les membres, sa face est cyanosée, sauf autour de la bouche et des yeux où elle est pâle, les pupilles sont larges, continuellement en mouvement, il a l'air de chercher quelque chose. L'accès passé, le malade ne se rappelle que partiellement son délire de perquisition; une grande partie des autres symptômes lui sortent promptement de la mémoire.

Comme il a mis plusieurs fois le feu, ses incendies doivent-ils être mis sur le compte d'un trouble de la conscience d'origine épileptique? Avant que se produisit l'accès délirant précédent d'angoisse et d'hypochondrie, on les avait considérés comme des actes impulsifs probablement commis dans un état d'inconscience: on avait invoqué les antécédents, l'ivresse, une intoxication carbonique causée par des polypes du nez, l'absence de motifs normaux, mais, à raison de la conservation de la réminiscence, on ne lui avait pas accordé tout le bénéfice de la loi. Or, maintenant, il convient de se demander si les incendies ne dépendent pas d'un trouble mental plus profond. Discussion de laquelle il ressort que la conservation du souvenir n'élimine pas l'existence d'une obnubilation psychique épileptique, bien que la mémoire en l'espèce soit rarement aussi nette que normalement. Et effectivement ici la forme du souvenir des incendies prouve un trouble de la conscience à l'époque de l'acte ; ces actes n'ont pas été produits par l'enchainement normal des idées qui aboutit à la volition. Il y avait un désordre des opérations mentales comparable à celui du rêve. Lire le mémoire. P. KERAVAL.

XVI. Altérations des os de la face consécutives à la paralysie faciale; par J.-K.-A. WERTHEIM-SALOMONSON. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXIII. N. F, XI. 1900.)

Deux observations d'un homme de cinquante-deux ans et d'une femme de vingt-sept ans, atteints depuis l'âge de dix ans et de trois ans et demi de paralysie faciale gauche. Il existe une hypertrophie des contours des os, en particulier du maxiliaire supérieur, du côté paralysé, qui les fait proéminer en dehors. Bibliographie : Schauta, *Académie des Sciences de Vienne*, 1872, t. LXV, p. 105-115. — Schiff, *Beitr. z. Physiolog.*, t. I, p. 123. — Nasse, *Pflüger's Archiv.*, 1880, t. XXIII, p. 361. — Vulpian, *Appar. vasomoteur*, t. II, p. 352. — Romberg, *Lehrb*, p. 248.

Il ne peut y avoir de rapport direct entre la paralysie faciale et l'hypertrophie osseuse. Celle-ci tient à la flaccidité de la joue paralysée qui, n'appuyant plus constamment sur l'os n'en modère plus l'accroissement : celui-ci s'est donné carrière du côté malade. La paralysie ayant eu lieu aux âges indiqués, le développement des os a pu s'effectuer pendant 8 et 15 années sans rencontrer le modérateur de la pression des muscles constitutifs de la joue. Cette joue est elle-même hypertrophiée, mais cela tient aux parties molles, à une accumulation de graisse dans la peau moins mobile que normalement. P. KERAVAL.

XVII. Influence des sciences naturelles sur le développement de la psychologie; par M. A.-F. LAZOURSKY. (*Obozrénié psichiatrii*, V. 1900.)

Sans doute les phénomènes psychiques ont une énorme importance dans la vie de l'homme, mais il ne faut pas oublier le rôle qu'ont joué les sciences naturelles dans le développement de la psychologie. Toutes les fois qu'une branche quelconque de la psychologie s'est rapidement développée, l'impulsion lui a été donnée par les progrès de tel ou tel domaine des sciences naturelles, qu'il s'agisse de la découverte de nouveaux faits, de l'élaboration de nouvelles méthodes, de l'apparition d'une nouvelle théorie heureuse. C'est ce que démontre l'auteur en suivant pas à pas les principaux échelons de ce développement.

Voici la méthode recommandée en matière de psychologie par M. Lazoursky. Décrire le plus complètement possible dans le cours d'un espace de temps déterminé les actes, la conduite, les paroles, les gestes, la mimique etc., d'une personne donnée, de façon à finalement constituer l'histoire d'une période de sa vie, ainsi que nous, médecins, établissons l'histoire d'une maladie. Prendre ses observations suivant un plan défini qui serait commun à toutes les observations semblables, et permettrait de les comparer. Après avoir recueilli le plus possible d'histoires de cette façon, les mettre en regard les unes des autres. Alors, seulement alors, il sera possible d'élaborer une classification naturelle des types, de fixer les connexités et les liens qui peuvent existe rentre des propriétés psychiques séparées, en un mot de transformer en un système scientifique bien ordonné, achevé, un recueil incohérent, chaotique, de faits et d'hypothèses.

P. Keraval.

XVIII. **Des réflexes musculo-tendineux complexes des extrémités inférieures dans les myélites**; par W.-M. Bechterew. (*Obozrénié psihiatrii*, V. 1900).

Les myélites localisées au-dessus du renflement lombaire se traduisent par une exagération franche des réflexes des extrémités inférieures accompagnée de phénomènes spasmodiques. Ceux-ci dépendent dans une large mesure de l'hyperexcitabilité réflexe, grâce à laquelle de faibles excitations extérieures déterminent des contractions musculaires convulsives. Le déplacement de l'un ou l'autre des membres inférieurs, une légère caresse de la main sur la peau, parfois même le simple soulèvement de la couverture, l'action de l'air frais, provoquent instantanément la contraction convulsive dans un des membres ou dans les deux de muscles tels que le triceps fémoral et les gastrocnémiens. Eh bien, dans l'espèce, en outre de l'exagération des réflexes tendineux et cutanés, il faut tenir compte de l'existence de réflexes musculo-tendineux complexes qui se manifestent sous l'influence des mouvements d'extension et de la compression que l'on fait subir aux muscles des extrémités inférieures des malades. Ces réflexes sont au nombre de trois.

A. — Le *réflexe extenseur de la jambe* s'exprime par *l'extension en bloc du membre entier*, due à une énergique contraction des muscles de la face antérieure de la cuisse et de tous les gastrocnémiens. On le provoque en fléchissant rapidement la jambe sur la cuisse, ou le pied sur la jambe. Cette extension réflexe convulsive se manifeste d'ordinaire au début de la flexion de la jambe parce que c'est le moment où les muscles de la face antérieure de la cuisse sont par là soumis à l'extension la plus vive. La flexion du pied agit en exerçant une extension passive sur les gastrocnémiens. Toujours, quand on provoque ce réflexe, les extenseurs de la cuisse et les gastrocnémiens se contractent simultanément et conjointement, comme s'il s'agissait d'un groupe de muscles exécutant un mouvement déterminé.

B. — Moins constant, mais néanmoins fréquent, le *réflexe fléchisseur de la jambe* se traduit par la contraction simultanée des fléchisseurs de la cuisse et du pied : la jambe se fléchit sur la cuisse, le pied et les orteils, surtout le gros orteil, se fléchissent sur la jambe. On le provoque en pratiquant la flexion plantaire du pied, ou en comprimant entre les doigts de la main les muscles de la cuisse et les gastrocnémiens, parfois même en déplaçant la rotule, la jambe étant étendue : ce déplacement tire sur les extenseurs de la cuisse qui agissent, par voie réflexe, sur les fléchisseurs de l'extrémité. En quelques cas la flexion dorsale du pied le détermine : ce mouvement produit d'abord l'extension des gastrocnémiens qui, par voie réflexe, fait contracter les antagonistes, principalement le jambier antérieur et les péroniers. Alors, aussitôt après la flexion du pied, à l'instant où ce dernier revient à sa position première, les orteils s'étendent, particulièrement le gros orteil, dont le tendon se dessine nettement : c'est ce qu'on appelle la *contraction paradoxale*, qui n'a rien de paradoxal, car elle émane de la contraction réflexe ordinaire sous la dépendance de l'extension passive des muscles antagonistes. A noter la synergie des fléchisseurs de la cuisse et du pied. C'est un réflexe qui s'obtient constamment, mécaniquement, toutes les fois qu'on comprime les muscles de la cuisse, et qui ne se produit ni par simple heurt des muscles de la cuisse, ni en choquant à l'aide du marteau le tendon patellaire.

C. — *Réflexe adducteur de la jambe.* Quand, les jambes étant à demi-fléchies, le médecin les écarte brusquement, les adducteurs de la cuisse subissent une extension qui détermine leur contraction : les membres inférieurs se rapprochent. Il s'en faut de beaucoup que ce réflexe soit aussi accentué et aussi fréquent que les deux autres. Il ne se manifeste nettement que dans le cas d'hyperexcitabilité réflexe extrêmement marquée.

Les réflexes précédents, surtout les deux premiers, peuvent, en certaines conditions, être provoqués au moyen de l'excitation de

la peau, par exemple à l'éponge d'eau froide, au pincement des membres inférieurs. M. Bechterew les compare enfin aux réflexes de Schaeffer et de Cabiensky. P. KERAVAL.

XIX. De la localisation des centres du goût dans l'écorce du cerveau; par Ia.-P. GORSCHKOW. (*Obozrénié psichiatrii.* V. 1900.)

Expériences réalisées sur 42 chiens, dont voici les conclusions :

1. La destruction bilatérale de la région de l'écorce qui embrasse les parties antéro-inférieures des 3e et 4e circonvolutions primitives, de la sylvienne antérieure (4e circonv.), de l'ectosylvienne antérieure (3e circonv.), de la composite antérieure (portion inférieure des 3e et 4e circonv.), entraîne la perte complète du goût, de toutes les catégories de sensations gustatives. — 2. La destruction de toutes les autres régions corticales, frontales, pariétales, temporales, occipitales, ne détermine, pas plus que celle de la face inférieure du cerveau, pas le moindre affaiblissement des sensations gustatives. — 3. La destruction de la région gustative en question, d'un côté se traduit par la perte complète du goût sur la moitié opposée de la langue et par un léger affaiblissement de cette fonction de la moitié correspondante. — 4. Une vaste destruction de toute cette région fait aussi disparaître la sensibilité tactile de la langue, et cette anesthésie est exactement disposée comme l'est l'anesthésie gustative. — 5. Le degré de l'ageustie est, jusqu'à un certain point, directement proportionnel à l'étendue de la destruction en profondeur et en surface : moins l'écorce est détruite, plus faible est la perte du goût et inversement. — 6. Il en est de même à l'égard de la persistance ultérieure de l'ageustie : une *faible* destruction *unilatérale* concorde avec l'amélioration progressive du goût en quelques jours à peu près ; a-t-on notablement détruit, il persiste encore de l'affaiblissement du goût au bout de trois mois et demi. L'amélioration du goût suit la même marche dans le cas de destruction *bilatérale insignifiante*. L'amélioration du goût est beaucoup plus faible quand la destruction bilatérale a été importante : il est probable qu'alors la sensibilité tactile et les fonctions de l'écorce des parties voisines intactes concourent à cette amélioration. — 7. La destruction partielle de la région gustative produit une perte partielle du goût à l'égard de catégories distinctes de sensations gustatives, ce qui, évidemment, peut indiquer l'existence dans l'écorce cérébrale de centres séparés indépendants affectés aux principales sensations du goût — à la perception du sucré, de l'acide, du salé, de l'amer. Des difficultés opératoires s'opposent à la fixation exacte de la localisation de ces centres. On est simplement en droit de supposer que la sylvienne antérieure, au point le plus voisin de l'ectosylvienne antérieure, contient surtout les centres de l'amer et du salé, — que l'ectosyl-

vienne antérieure est principalement le siège de la sensibilité tactile de la langue, de l'acide et du sucré. Il semble que l'amer occupe exactement la portion inférieure de la sylvienne antérieure sur les confins de la scissure sylvienne et de la scissure présylvienne, que le salé réside approximativement à la partie moyenne de cette circonvolution. Le centre de l'acide serait localisé à la portion inférieure de l'ectosylvienne antérieure, celui du sucré à sa partie supérieure : le centre de la sensibilité tactile de la langue occuperait, dans la même circonvolution, l'endroit le plus proche de la suprasylvienne antérieure (2e circonv.). La réceptivité de la sensation amère et de la sensation salée diminue vraisemblablement graduellement à mesure que l'on passe de la sylvienne antérieure à l'ectosylvienne antérieure voisine ; la réceptivité de la sensation acide et de la sensation sucrée diminue graduellement à mesure que l'on passe de l'ectosylvienne antérieure à la sylvienne antérieure. Une localisation aussi fine s'appuie sur des expériences dans lesquelles la destruction d'une petite portion précise de l'écorce entraîne un trouble exclusif d'une seule espèce de saveur, celle-ci demeurant indemne quand l'endroit en question est conservé : Hermann a, d'ailleurs, publié des observations cliniques d'ageustie partielle chez les épileptiques et les paralytiques généraux. (*Obozrénié psichiatrii* 1899.) — 8. L'excitation faradique de la partie inférieure de la sylvienne antérieure, dans le point de Ferrier, détermine parfois le réflexe cortical gustatif, caractérisé par une faible contraction des lèvres du côté opposé. Peut-être s'agit-il de l'excitation du centre du facial que l'on suppose localisé en ce point ? Mais l'effet en est assez faible et éphémère pour qu'on puisse l'attribuer de préférence à l'excitation de la région sensible. — 9. Chez le chien comme chez l'homme il existe des aptitudes individuelles à la perception des impressions du goût. Il semble exister un certain parallélisme entre la race, la correction morphologique des circonvolutions du cerveau, et le degré de développement du goût : meilleure est la race, plus régulière est la forme des circonvolutions, plus développé est le sens du goût, et inversement. Le réflexe cortical gustatif ne s'observe que chez les chiens dont le goût est bien développé. — 10. La région gustative n'a pas de rapport direct avec la région olfactive. On a beau détruire cette dernière à la face inférieure de l'hémisphère (renflement olfactif, bandelette olfactive et lobe piriforme), le goût n'est pas atteint. Si l'on détruit les parties corticales voisines de la région olfactive, entre autres la région gustative, il se produit un affaiblissement peu marqué, passager de l'odorat du côté correspondant : il est évidemment causé par l'expansion du processus inflammatoire à la bandelette olfactive ou par la compression exercée sur cette bandelette par du sang épanché à la base du crâne quand on a eu le malheur de léser des vaisseaux de la scis-

sure de Sylvius. Les limites entre la région gustative et la région olfactive peuvent être tracées par la scissure de Sylvius, le sillon présylvien, le sillon rhinal, et le sillon olfactif. — 11. Impossible de déterminer exactement par ces expériences la réalité de la loi de Weber et Fechner quant aux sensations gustatives : on est obligé de juger de l'intensité de ces sensations par toute sorte de mouvements réflexes dont le caractère dépend de diverses particularités individuelles. Mais le degré de concentration de la solution sapide doit croître beaucoup plus vite que l'intensité des sensations auxquelles elle donne naissance, si l'on en juge d'après les différents mouvements réflexes qui les traduisent. P. Keraval.

XX. **Tumeur du nerf acoutisque**; par M. Lépine. (*Société nationale de Médecine de Lyon*, 13 mai 1901.)

M. Lépine présente le cerveau d'une malade qui a succombé dans son service avec les symptômes d'une tumeur cérébrale. Les troubles avaient débuté par une céphalée nocturne, des bourdonnements dans l'oreille gauche et une amaurose de l'œil droit ; puis l'amaurose était devenue double. Il y a un an, on fit le diagnostic de tumeur cérébrale. La malade succomba dans une crise épileptoïde. A l'autopsie, on trouva une tumeur du volume d'un œuf, ayant débuté dans le rocher et s'étant développée dans la cavité cranienne sous la dure-mère. Ces tumeurs sont décrites sous le nom de tumeurs du nerf acoustique et il en existe une douzaine d'observations. G. Carrier.

XXI. **Ramollissement de la Protubérance avec attitude cérébelleuse**; par M. Lépine. (*Société nationale de médecine de Lyon*) 8 juillet 1901.

M. Lépine présente un malade qui au mois de janvier dernier éprouva quelques vertiges, une hémicranie gauche très violente, puis de la titubation avec entraînement irrésistible à gauche, les phénomènes durèrent plusieurs jours et tous ceux qui virent le malade diagnostiquèrent à ce moment une affection cérébelleuse. M. Lépine n'admit pas toutefois ce diagnostic, connaissant d'une part, la possibilité de pareils symptômes avec une lésion protubérantielle, et d'autre part il put constater des signes de paralysie alterne : une hémianesthésie droite totale pour les membres, gauche et incomplète pour la face, coïncidant avec une hémiparésie gauche et une paralysie complète de la corde vocale gauche.

M. Lépine croit qu'on peut affirmer le ramollissement de la protubérance. Il y a probablement des lésions multiples pour expliquer à la fois l'hémianesthésie alterne, la paralysie et le syndrome cérébelleux. G. C.

XXII. **Troubles du goût dans le domaine de la corde du tympan par lésion latérale**; par Pauly; (*Société nationale de médecine de Lyon*, 25 novembre 1901).

M. Pauly présente un jeune homme atteint de mal de Pott sous-occipital et porteur d'une minerve plâtrée. Ce malade, il y a deux mois, se plaignait de troubles de la mastication et de la déglutition. On constata une déviation très marquée de la langue à droite, il existait une paralysie de l'hypoglosse droit. Cette paralysie rétrocéda assez rapidement. Il y a quinze jours, il présenta une légère parésie faciale droite avec troubles du goût du même côté et une légère faiblesse de la main gauche.

Devant l'évolution lente et progressive des accidents, M. Pauly pense qu'il s'agit d'un processus pachyméningitique, auquel est due la compression de l'hypoglosse et du facial près de leur origine apparente à la face antérieure du bulbe.

Dans ce cas, les troubles du goût acquièrent un intérêt tout particulier, car ils viennent à l'appui de l'opinion actuelle des physiologistes et anatomistes qui admettent que les filets de la corde du tympan constituent, avec le nerf intermédiaire de Wisberg, avec lequel ils se continuent, la portion sensitive du facial.

La persistance des troubles gustatifs, alors que la parésie faciale a presque totalement disparu, montre bien qu'il s'agit de la compression d'une branche nerveuse indépendaute du facial, c'est-à-dire du nerf intermédiaire. Ce fait explique pourquoi les troubles gustatifs n'accompagnent pas habituellement la paralysie faciale d'origine basilaire.

L'auteur insiste sur ce fait à retenir, qu'il peut exister des troubles du goût dans le domaine de la corde du tympan par lésion de la base; il attire aussi l'attention sur la rareté de la paralysie de l'hypoglosse dans le mal de Pott sous-occipital. G. C.

XXIII. **A quelle partie de la molécule de cocaïne est due la psychose de cocaïne**; par le Dr Heiberg.

Autrefois, l'art médical opérait presque exclusivement avec des drogues qui, dans les temps modernes, ont été remplacées en grande partie par les alcaloïdes.

De nos jours, on est allé encore plus loin, et l'on a essayé de découvrir à quels groupes d'atomes d'alcaloïde sont dûs les effets désirés ou non.

Quelques alcaloïdes ont, parmi d'autres effets secondaires, celui de pouvoir produire des psychoses, mais jusqu'ici on n'a fait aucune expérience pour tirer au clair quels sont les groupes d'atomes, dans les molécules de ces alcaloïdes, auxquels il faut attribuer la provenance de la psychose. La molécule de cocaïne se prête à servir de point de départ pour une telle analyse.

En effet, les feuilles de belladone et l'atropine produisent une psychose ayant tant de points de ressemblance avec la psychose de cocaïne (hallucinations caractéristiques), que, si les deux substances ont un radical commun, on aurait le droit de chercher la cause de la psychose essentiellement dans ce radical. Or, on a justement constaté les rapports intimes, au sens chimique, entre la cocaïne et l'atropine.

La cocaïne se divise en alcool méthylique, en acide benzoïque et en un groupe basal d'ecgonique. D'un autre côté, l'atropine se divise en acide tropique et en tropine, et précisément le principe de l'ecgonique se trouve être la tropine. La cocaïne et l'atropine ont, d'ailleurs, en commun, beaucoup d'autres effets physiologiques : influence sur la pupille, sur la température. (*Revue neurologique*, juillet 1901.) E. Blin.

XXIV. **Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la myélite syphilitique**; par les Drs Thomas et Hauser.

Observation intéressante de méningo-myélite subaiguë d'origine syphilitique, avec altérations considérables du côté des méninges et des vaisseaux, et désorganisation complète de la moëlle au niveau du foyer de myélite.

Contrairement à l'opinion le plus généralement admise, les auteurs pensent qu'il y a lieu, dans l'étude du développement de l'affection, de faire place à l'irritation primitive des éléments parenchymateux, à côté des altérations secondaires que peuvent leur imprimer les troubles de la circulation et l'inflammation des méninges. (*Revue neurologique*, juillet 1901.) E. B.

XXV. **Sur la question de la valeur clinique de la contraction idio-musculaire dans les maladies mentales**; par les Drs Soukanoff et Sannouchkine.

Dans les trois quarts des cas de malades psychiques, la contraction idio-musculaire est exprimée d'une manière très marquée. En comparant les données des divers tableaux publiés par les auteurs, on voit que l'existence de la contraction idio-musculaire n'a pas de valeur diagnostique comme pathognomonique pour l'une ou l'autre forme de maladies mentales; on l'observe aussi bien dans les maladies aiguës et curables que dans les maladies chroniques et incurables.

Il est à noter que, sur 11 cas d'épilepsie et 11 cas de délire alcoolique prolongé, elle n'a manqué dans aucun.

Plus la nutrition générale est insuffisante, plus la tendance à l'apparition de la contraction idio-musculaire est grande; l'existence fréquente de la contraction idio-musculaire chez les malades psychiques est une preuve de plus que la lésion mentale est en connexion très proche avec les troubles généraux de la nutrition. (*Revue neurologique*, août 1901.) E. B.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXVI. **Les porencéphalies traumatiques** ; par M. le professeur Landouzy et M. Labbé (*Presse médicale*, 19 août 1899).

Les auteurs considèrent comme insuffisamment justifiée la distinction que M. Bourneville a établie entre la porencéphalie vraie, par arrêt de développement, et les pseudo-porencéphalies résultant de processus pathologiques divers. A leur avis, le terme de porencéphalie doit désigner la lésion anatomique caractérisée par l'existence de cavités creusées dans le tissu cérébral, quelle que soit leur origine.

Ils rapportent l'observation détaillée, avec autopsie, d'un cas typique de porencéphalie traumatique constaté chez une jeune fille de vingt ans. A l'âge de dix-huit mois, la malade était tombée sur la tête et il en était résulté une fracture du crâne, suivie d'une réparation osseuse incomplète ; la substance cérébrale avait été remplacée par une cavité infundibuliforme, en communication avec le ventricule latéral. La déformation cérébrale était restée latente jusqu'à l'âge de seize ans. A cet âge, se produisirent des attaques épileptiformes et une hémiplégie droite avec aphasie ; ces symptômes s'amendèrent mais reparurent quatre ans après et entraînèrent alors la mort de la malade. Du rapprochement de cette observation avec dix autres publiées par divers auteurs, et dont ils donnent le résumé, MM. Landouzy et Labbé tirent des déductions sur l'étiologie, le mode de production et l'évolution des porencéphalies traumatiques. Ce n'est guère que par l'étiologie et l'anatomie pathologique que la porencéphalie traumatique se distingue des autres faits de porencéphalie. Le traumatisme porte le plus souvent sur un individu très jeune, au moment de la naissance ou dans les premiers mois de la vie ; il résulte parfois, chez le nouveau-né de l'application maladroite et répétée du forceps dans un accouchement difficile ; il peut aussi être réalisé par la compression exercée sur la tête de l'enfant par la ceinture osseuse du bassin, au cours du travail, ou encore par la chute de l'enfant dans un accouchement précipité. On s'est même demandé si un traumatisme intra-utérin, agissant par lui-même et à lui seul, ou aidé de quelque processus hémorrhagique actionné par quelque affection toxi-infectieuse passée de la mère à l'enfant, ne pourrait pas expliquer certaines porencéphalies congénitales attribuées jusqu'ici à un arrêt de développement. Habituellement, mais non constamment, le traumatisme a provoqué une fracture du crâne, ainsi que l'atteste, par la suite, l'existence d'une dépression ou

d'une perte de substance osseuse au point atteint. Le mode d'action du traumatisme (lacération de la substance cérébrale, hémorrhagie, trouble trophique, inflammation) dans la production de la porencéphalie n'est pas encore bien déterminé ; selon toute probabilité, il doit varier suivant les cas. Les auteurs exposant avec détails le mécanisme du développement de la porencéphalie à la suite de traumatismes avec fractures ou fissures du crâne. Les fractures et les fissures du crâne chez l'enfant n'ont aucune tendance à se réparer ; la perte de substance osseuse tend même à s'agrandir et ce fait, joint à l'absence de la dure-mère et de l'arachnoïde à ce niveau, permet, dans la plupart des cas, la production d'une encéphalocèle. Que celle-ci existe ou non, la portion de substance corticale qui séparait la cavité intra-cérébrale des téguments du crâne, se détruit en cette cavité prend alors la forme d'un entonnoir à base externe ; le sommet communique généralement avec le ventricule latéral. L'absence de la dure-mère au niveau de l'orifice cranien, l'unilatéralité des lésions ont été considérés par certains auteurs comme des signes distinctifs des porencéphalies traumatiques ; mais elles n'ont à ce point de vue qu'une valeur relative à cause de leur inconstance. Il est à noter que la variabilité du siège de la porencéphalie traumatique contraste avec la fixité de la localisation de la porencéphalie par arrêt de développement ; toutes les régions, en effet, peuvent être atteintes ; cela dépend du point où a porté le traumatisme.

A. FENAYROU.

XXVII. **Sur un cas de méningite cérébro-spinale à streptocoque et à staphylocoques chez un sujet atteint du mal de Pott fistuleux**; par GUIBAL. (*Presse médicale*, 16 septembre 1899).

Observation d'un enfant de cinq ans, atteint depuis deux ans d'un mal de Pott fistuleux et qui a succombé à une méningite cérébro-spinale. Cette complication s'était déclarée six jours après la cessation de tout écoulement purulent par la fistule ; il n'y avait eu, cependant, pendant ce laps de temps, aucune modification de la plaie et aucun symptôme de rétention du pus. L'infection streptococcique et staphylococcique dont la méningite a été la conséquence, a eu certainement son point de départ dans le foyer tuberculeux. Bien que ce foyer arrivât au contact de la dure-mère, cette méningite semble avoir constitué une barrière suffisante à l'infection ; mais, celle-ci a pu se propager le long des intercostaux qui baignaient dans le foyer tuberculeux et il est très vraisemblable que les voies lymphatiques de ces nerfs sont celles que les agents microbiens ont suivi. La cause occasionnelle qui a provoqué l'infection des méninges et la pullulation des microbes à leur niveau n'ont pu être déterminées. Cette cause n'intervient, d'ailleurs, que rarement et il est exceptionnel de voir une ménin-

gite cérébro-spinale entraîner la mort des sujets atteints de mal de Pott fistuleux. A. FENAYROU.

XXVIII. **Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes** ; par M. TOUCHE (*Presse médicale*, 30 août 1899).

Sur 40 tabétiques soignés par lui, M. Touche en a trouvé 12, dont il rapporte brièvement les observations, qui ont présenté des crises laryngées. Un seul de ces 12 malades n'avait probablement pas de crises viscérales autres ; des 11 autres, 10 ont eu des crises gastriques (parmi eux, 2 ont été atteints à la fois de crises gastriques et de crise de diarrhée, 2 ont présenté à la fois des crises gastriques et des crises rectales, 1 a souffert à la fois de crises gastriques, de crises de diarrhée et de crises rectales) et le onzième a été atteint seulement de crises de diarrhée. L'auteur conclut de ces faits : que la crise laryngée est fréquente, qu'à l'état d'isolement, elle est rare ; que, le plus habituellement, elle est doublée de crises du tube digestif ; dans l'immense majorité des cas, de crises gastriques ; très exceptionnellement, de crises de diarrhée à l'état isolé ; assez fréquemment, de crises gastriques associées à des crises rectales et à des crises de diarrhée. A. FENAYROU.

XXIX. **Sur une forme récurrente de la polynévrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance (Dejerine) avec participation du nerf oculo-moteur externe** ; par le Dr ROSSOLIMO. (*Revue neurologique*, août 1899.)

La polynévrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance ou maladie de Dejerine, a pour caractères : ataxie des quatre membres avec atrophie musculaire et contractions fibrillaires ; troubles de la sensibilité cutanée avec retard des sensations et douleurs fulgurantes ; nystagmus dynamique ; myosis avec symptôme d'Argyll-Robertson ; cypho-scoliose ; hypertrophie et dureté très marquée des troncs nerveux des extrémités ; hérédité similaire.

L'observation rapportée par l'auteur présente tout d'abord le syndrome de Déjerine mais son intérêt vient de son cours qui, bien que lent et progressif, fut compliqué de trois exacerbations des symptômes toutes les fois reproduits d'une manière stéréotypée. De plus, au début des deux dernières exacerbations fut constaté un symptôme nouveau : la parésie passagère du droit externe.

L'agent provocateur des exacerbations des phénomènes polynévritiques ne peut être cherché, pour les deux derniers épisodes, que dans une auto-intoxication, qui commençait dans le cours des grossesses et se manifestait quelque temps après les couches.

E. B.

XXX. Maladie de Friedreich et hérédo-syphilis; par le Dr Bayet. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 8).

L'étiologie de la maladie de Friedreich est des plus obscure. On sait que c'est une maladie familiale; on sait aussi que souvent c'est l'hérédité qu'il faut incriminer; mais qu'il est très rare d'observer une hérédité similaire. Quant aux causes prochaines, immédiates, à celles que mettent en jeu l'hérédité morbide, c'est à peine si on les connait. L'observation qui fait l'objet de ce travail tendrait à faire ranger l'hérédo-syphilis parmi le causes de cette maladie.

Il s'agit de cinq frères ou sœurs présentant tous à divers degrés les risques de l'hérédo-ataxie de Friedreich; chez tous, sauf un, il existait des anomalies de développement (arrêts de croissance, aplasie diverses); chez tous on constatait des stigmates de syphilis ancienne, d'ordre héréditaire et chez deux d'entre eux on a vu évoluer des lésions d'hérédo-syphilis absolument caractéristiques. Or, ce que l'on voit de l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich tendant à faire croire qu'il s'agit souvent d'un véritable arrêt dans le développement de la moelle, celui-ci dans bien des cas d'après l'auteur ne reconnaissait pas d'autre cause que l'hérédo-syphilis. G. D.

XXXI. Nouveau cas de tabes fruste chez un syphilitique; par le Dr Glorieux. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 10).

Un homme de cinquante-sept ans, ayant contracté la syphilis, il y a dix-sept ans, présente des symptômes intermittents de tabes; ses réflexes rotuliens en particulier qui étaient abolis l'année dernière ont réapparu cette année : Par contre, il est devenu complètement impuissant. Ni ataxie, ni névrite optique. Il s'agit donc là d'un tabes fruste essentiellement bénin chez un ancien syphilitique ayant en outre commis de nombreux excès vénériens. G. D.

XXXII. Un cas de névrose traumatique grave; par J. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 10).

Un homme de quarante-cinq ans, est victime, le 22 octobre 1901, d'un accident de chemin de fer, qui ocassionne une commotion physique et morale des plus violentes; il perd connaissance et revient à lui le lendemain. Il éprouve de vives douleurs au flanc gauche, à la tête et dans les jambes, il présente de l'amnésie des vomissements, une parésie des membres inférieurs. Actuellement on observe de l'obnubilation des facultés, des troubles de la parole, une céphalalgie et une lombalgie intenses, une parésie avec anesthésie des membres inférieurs; les réflexes tendineux sont exagérés. le réflexe plantaire en flexion et le réflexe du facia lata sont abolis à droite et presque seuls à gauche, le réflexe crémastérien est plus

faible à droite qu'à gauche, enfin le réflexe abdominal inférieur est très faible. De l'analyse de ces différents symptômes, l'auteur croit devoir conclure à l'existence à la fois de troubles purement névrosiques et de troubles purement organiques causés par des modifications moléculaires généralisées du système nerveux produits par la commotion. G. D.

XXXIII. **Comment meurent les épileptiques**; par W. Spratling (*Medical News*, 28 juin 1902).

L'auteur ramène à quatre les principales formes sous lesquelles on voit le plus souvent survenir la mort dans l'épilepsie.

1° Attaque unique foudroyante, 3 à 5 p. 100; — 2° Coma mortel par suite d'attaques en série, 23 p. 100; — 3° Accidents concomitants à l'attaque, 50 p. 100; — 4° Autres causes diverses, 24 p. 100 (à signaler la fréquence des complications pulmonaires et de la tuberculose). Cette statistique diffère notablement de celle que nous avons fait dresser par l'un de nos élèves (Ballard, *Comment meurent les épileptiques*, thèse de Paris, 1900). Nous relèverons les différences. Bourneville.

XXXIV. **Névralgie paresthésique sur un membre atteint de paralysie infantile**; par le Dr Sollier (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 2).

XXXV. **Un cas de paralysie segmentaire**; par van Gehuchten (*Journal de Neurologie*, 1899, n° 25).

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, qui est atteint, depuis cinq mois, d'une paralysie des muscles des jambes et des pieds avec abolition des réflexes rotuliens, sans amyotrophie, ni troubles de la sensibilité. L'auteur incline à croire que ces troubles sont dus non à une polynévrite, mais à une lésion de la substance grise. On se trouverait donc en présence d'une de ces paralysies segmentaires pour l'explication desquelles M. Brissaud a imaginé la théorie de la métamérie spinale. D'après M. van Gehuchten, ces paralytiques s'expliqueraient beaucoup plus naturellement, en admettant l'existence dans la substance grise de la corne antérieure de la moelle, de groupements cellulaires en connexion intime avec les différents segments, soit du membre supérieur, soit du membre inférieur.

XXXVI. **Sur un cas de colique hépatique nerveuse**; par le Dr Robinson.

Observation de névralgie du foie sans lésion matérielle, et notamment sans calcul. C'est la difficulté de diagnostic qui a amené nombre d'auteurs à contester l'existence de la colique nerveuse, et à n'y voir qu'une lithiase larvée. L'auteur donne quel-

ques indications sur l'étiologie et le diagnostic de cette affection. (*Revue neurologique*, septembre 1901.) E. B.

XXXVII. Un cas de paralysie bulbaire asthénique suivi d'autopsie; par les Drs Déjerine et A. Thomas.

En 1878, Erb a attiré l'attention des neurologistes sur un complexus symptomatique d'origine bulbaire, caractérisé par un état parétique des releveurs des paupières et de la musculature externe des globes oculaires, des muscles de la face et de la langue, des muscles masticateurs, des muscles du voile du palais et du larynx, des muscles de la nuque et des extrémités; cet état parétique augmente avec le fonctionnement des muscles dont l'énergie s'épuise rapidement et aboutit rapidement à une paralysie totale; l'atrophie musculaire fait défaut et les réactions électriques sont normales. Cette forme de paralysie bulbaire a été appelée successivement : paralysie bulbaire sans lésion anatomique, paralysie bulbaire asthénique, maladie d'Erb; elle est mieux connue sous le nom de paralysie bulbaire asthénique ou syndrome d'Erb.

La plupart des autopsies n'ont donné que des résultats négatifs; toutefois, dans un cas de Widal et Marinesco, il y avait des altérations chromatolytiques des noyaux des nerfs craniens, et, dans une observation de Sossedoff et Glockner, les cellules du noyau dorsal du pneumogastrique présentaient aussi des altérations chromatiques.

Au point de vue clinique, l'intéressant cas rapporté par les auteurs présente tous les caractères de la paralysie bulbaire asthénique : ophtalmoplégie externe, parésie faciale, parésie de la langue, du larynx, du voile du palais, épuisement rapide des muscles, absence d'atrophie musculaire, résultats négatifs de l'examen électrique.

Anatomiquement, cette observation diffère sensiblement des résultats obtenus jusqu'ici; l'examen histologique, en effet, décèle, dans des territoires assez limités de la zone motrice, des lésions caractérisées par une multiplication très intense des cellules de la névralgie et une raréfaction assez considérable des cellules nerveuses. Il existe de l'atrophie des fibres pyramidales dans leur trajet protubérantiel et bulbaire. Les noyaux des nerfs craniens moteurs sont sains.

Enfin, les muscles de la langue, du pharynx et surtout les muscles du larynx présentent de la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire.

Quel que soit l'intérêt des particularités anatomiques qui y sont relevées, cette observation ne saurait à elle seule faire conclure à la nature organique de la paralysie bulbaire asthénique, qui est

XXXVIII. Trois observations de paralysie des mouvements associés des globes oculaires; par les Drr RAYMOND et CESTAN.

Dans le premier cas, il s'agit, chez un homme de quarante ans, atteint d'une hémiplégie sensitivo-motrice gauche, avec participation du facial inférieur gauche, d'une paralysie des mouvements associés de latéralité des deux yeux. A l'autopsie, on trouva un gros tubercule ovoïde, mesurant 4 centimètres en hauteur et 3 en largeur, intéressant le ruban de Reil, respectant les noyaux moteurs des yeux, mais ayant détruit les fibres qui vont de l'écorce à la VIe paire et celles que l'on croit unir entre eux les noyaux de la IIIe et de la VIe paires.

Dans le second cas, suivi aussi d'autopsie, il s'agit d'un tubercule médian du tiers supérieur de la protubérance, ayant intéressé les deux faisceaux longitudinaux postérieurs et s'étant traduit cliniquement par une paralysie des mouvements associés de latéralité vers la droite et vers la gauche; plus tard, ce tubercule poussa un prolongement inférieur qui vint léser directement la VIe paire droite et créer dès lors un strabisme interne permanent de l'œil droit. Chez un 3e malade, existent, d'abord une paralysie de l'élévation, puis, à un moindre degré, une paralysie de la latéralité et, enfin, à un degré moins prononcé encore, une paralysie de la convergence. Ces accidents ont succédé à un ictus et sont associés à une hémiplégie sensitivo-motrice gauche. Depuis dix ans, ils n'ont pas évolué et sont restés semblables à eux-mêmes.

Une autopsie est seule capable de donner la clef du syndrome présenté par ce malade, d'en préciser le siège soit nucléaire, soit extra-nucléaire dans le voisinage des tubercules quadrijumeaux, soit supra-nucléaire dans le cerveau. (*Revue neurologique*, janvier 1901.) E. B.

XXXIX. Sur deux cas de spondylite (*type Betcherew et type P. Marie*); par les Drs DE BUCK et DEBRAY. (*Journ. de Neurol.*, 1902, no 14).

Ce travail est basé sur deux cas de spondylite dont l'un se rapprochait du type Betcherew par la localisation méningée primitive et la seule atteinte de la colonne vertébrale, tandis que l'autre correspondait au type Stumpell-Marie. De l'étude comparative de ces deux cas, les auteurs tirent la conclusion que le mécanisme des arthropathies est des plus variés; ils rejettent la manière de voir de Kollaritz et se rallient à celle de Massalongo qui voit dans le rhumatisme chronique une affection plutôt une au point de vue clinique et anatomique, mais dont l'étiologie peut être très différente et reconnaître des facteurs dyscrasiques, traupeut-être moins une entité morbide qu'un syndrome abritant sous son nom des affections de nature et d'origine différentes. (*Revue neurologique*, janvier 1901.) E. B.

matiques, toxiques, infactieux, némotrophiques, etc. Les lésions varieraient seulement d'intensité suivant qu'elles intéressent la cynoviale et les méninges ou seulement les cartilages et les ligaments périarticulaires. En un mot, l'appareil articulaire réagirait toujours de la même façon, à des degrés près, aux divers agents morbides qui l'atteignent. La gravité de l'affection est naturellement subordonnée à l'intensité de ces lésions et aussi de leur cause productrice. Ainsi la forme nerveuse de l'arthropathie est grave surtout parce que la cause productrice (tabes, tyringomyélie), est immuable et que les altérations portent à la fois sur tout l'appareil articulaire. G. D.

XL. **De l'exagération des réflexes tendineux dans les névrites périphériques**; par MM. Brissaud et Bruandet. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 15).

Dans les quatre cas de névrite périphérique des membres inférieurs relatés dans ce travail, les réflexes rotuliens étaient exagérés et comme symptôme connexe le réflexe contralatéral. Il y a donc un étage de neurone spinaux dont l'irritabilité est exagérée.

D'autre part, dans ces quatre observations, la paralysie était nettement localisée au segment jambier. Comme il est difficile d'admettre une lésion périphérique du nerf sciatique intéressant seulement les fibres motrices descendant plus bas que le genou, on est conduit à admettre que cette paralysie est d'origine centrale. Il y aurait donc dans la nouvelle deux étages de neurones altérés. Ces faits confirment donc la doctrine de la simultanéité de la lésion périphérique du neurone. En un mot, dans les névrites périphériques, la « neuronule » est totale soit d'emblée, soit à très bref délai. G. D.

XLI. **La valeur clinique de la dissociation des réflexes tendineux et cutanés**; par J. Crocq. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 12).

Les conclusions de ce travail peuvent se résumer de la façon suivante : la dissociation des réflexes tendineux et cutanés est inconstante dans le tabes spasmodique ; cette dissociation pouvant en outre exister en dehors de toute altération organique du système nerveux, on ne saurait lui accorder la même valeur pathognomonique qu'au phénomène des orteils de Bubinski dont la signification se précise de jour en jour davantage dans le sens d'une lésion organique du faisceau pyramidal. G. D.

XLII. **La genèse des tics**; par Henry Meige. (*Journal de Neurologie*, 1902 — n° 11).

Tout acte, primitivement voulu, coordonné, systématique, qui devient ensuite automatique et se répète avec excès, sans cause et sans but, est un tic. La première manifestation motrice d'un tic

est donc, au moins dans la majorité des cas, sous la dépendance de la volonté, autrement dit au début une intervention de l'écorce cérébrale est nécessaire. Dans quelques cas cependant c'est un spasme, un simple réflexe spinal, tel que le cliquotement des paupières qui succède à la pénétration d'un corps étranger dans l'œil — qui est le point de départ du tic; l'écorce n'entre alors en jeu que secondairement pour commander la reprise du cliquotement lorsque toute cause d'irritation a disparu. Tout tic comporte donc à la fois un trouble mental et un trouble moteur : ce trouble mental consiste dans une insuffisance du pouvoir inhibiteur de la volonté, d'où cette conséquence que la thérapeutique des tics devra être basée surtout sur la discipline des actes volontaires. G. D.

XLIII. **Asthme vésical**; par Gawinski (*Revue de Médecine* 1899).

Quelques observations d'accès de dyspnée observés chez des vieillards et liés d'une façon évidente à l'évacuation défectueuse de la vessie. Chez ces malades, les lésions de l'appareil respiratoire et circulatoire n'étaient pas suffisantes pour expliquer à elles seules les accès de dyspnée et les résultats immédiats du cathétérisme ont été tellement concluants qu'il est impossible de ne pas attribuer la cause directe de l'asthme et la rétention vésicale. La pathogénie de ces troubles doit plutôt être attribuée à l'auto-intoxication qu'à une action réflexe. M. H.

XLIV. **Un cas de sclérose en plaques à tremblement hémilatéral**; par Remlinger (*Revue de Médecine* 1899).

Observation d'un cas de sclérose en plaques où le tremblement était limité aux membres supérieurs et inférieurs droits. Les autres symptômes très nets ne permettaient pas d'infirmer le diagnostic et d'attribuer ce tremblement à l'hystérie. M. H.

XLV. **Sclérose en plaques médullaires consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule**, par Lannois et Paviot. (*Revue de Médecine* 1899).

Le cas observé présentait comme signe particulier une hémiplégie droite à évolution progressive, avec intégrité de la face. Il y avait exagération des réflexes et trépidation épileptoïde mais absence d'ictères et de troubles oculaires. La présence de l'arthrite pouvait faire supposer une névrite par propagation, ayant déterminé une lésion initiative de la moelle. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une sclérose en plaques. L'auteur émet dans ce cas l'hypothèse d'une infection due à la tuberculose articulaire. M. H.

XLVI. **L'angor pectoris non coronarienne** ; par Morel-Lavallée (*Revue de Médecine*, 1899).

Observation d'une angor pectoris survenue chez une hystérique à la suite de névralgies intercostales dues à une pleurésie grippale

et s'étant étendues peu à peu au plexus cardiaque. A la suite d'accès fréquents et douloureux, l'affection évolua vers la dilatation cardiaque avec ectasie des orifices valvulaires et asystolie cardio-pulmonaire. Commentant cette observation, l'auteur ne voit pas qu'il faille séparer d'une façon absolue au point de vue symptomatique, les angines de poitrine en angines vraies ou coronaires, toujours graves, et en angines fausses ou nerveuses, toujours bénignes. Beaucoup d'angines fausses peuvent revêtir un caractère de gravité exceptionnel sans être pour cela coronariennes et entraîner soit la mort subite, soit la mort par déchéance cardiaque. Il s'agit probablement dans ces cas de névrite par propagation. M. H.

XLVII. **Névrose présénile** ; par ALLAN M. L. HAMILTON. (*Medical Record*, 28 décembre 1901.)

L'auteur applique à la période présénile les vues déjà émises à la phase préparalytique et montre l'éclosion de névroses prémonitoires de la sénilité imminente précoce ou non. Il émet à ce sujet quelques conclusions relatives à la thérapeutique prophylactique et à l'hygiène du travail intellectuel des gens arrivés à la période critique de l'insénescence prochaine.

XLVIII. **Commotion cérébrale et hystéro-épilepsie** ; par WILL-NOYES. (*Medical News*, 1er novembre 1901.)

C'est un chapitre des rapports des névroses avec le traumatisme cérébral. L'auteur rappelle, à propos d'un cas personnel, les travaux de Clark sur le sujet.

XLIX. **Du pronostic dans les affections du système nerveux** ; par IUDSON BURY. (*Brit. med. Journ.*, novembre 1901.)

L'auteur examine successivement la question en se plaçant au point de vue de l'agent provocateur, de l'altération morbide intime du système nerveux, au point de vue des symptômes généraux et du traitement. A. M.

L. **L'adipose douloureuse** ; par CH. FERÉ. (*Revue de médecine*, août 1901.)

L'adipose douloureuse, déjà décrite par Dercum, peut se présenter sous deux formes principales : une forme diffuse se confondant par son aspect avec l'obésité et une forme disséminée avec nodules lipomateux multiples. Des quatre observations rapportées dans cet article, les deux premières se rapportent à deux femmes hystériques ayant présenté la forme disséminée avec nodules adipeux douloureux et sensation de déchirure provoquée par la mobilisation de la peau.

Les deux autres observations se rapportent à deux neürasthéniques, un homme et une femme, ayant présenté de l'embonpoint suivi d'algie douloureuses avec exacerbation par la pression et le glissement de la peau. Ces troubles cessèrent avec un traitement ayant amené une amélioration des troubles neurasthéniques et une diminution de l'embonpoint. M. HAMEL.

LI. **Des troubles respiratoires en rapport avec les différents degrés d'une émotion pathologique**; par VASCHIDE et MARCHAND. (*Revue de médecine*, septembre 1901.)

Recherches expérimentales faites à l'asile de Villejuif, sur un sujet mélancolique présentant par intervalles des états anxieux avec hallucinations multiples suivant des tableaux donnant l'état des courbes respiratoires pendant la durée de l'état émotif.

M. HAMEL.

LII. **Un cas de névrite périphérique d'origine paludéenne**; par BURQUET. (*Revue de médecine*, août 1901.)

LIII. **Sur une forme d'hérédo-ataxie cérébelleuse**; par THOMAR et ROUX. (*Revue de médecine* septembre 1901.)

Observation d'un malade appartenant à une famille de cinq personnes ayant présenté une même affection nerveuse et dont les troubles ont été déjà décrits par MM. Klippel et Durante. M. H.

LIV. **Une forme spéciale de tabes amyotrophiques** ; par CHRÉTIEN et THOMAS (*Revue de Médecine* 1899).

Observation d'un cas de tabes avec absence de douleurs fulgurantes et d'incoordination motrice et dont le signe le plus marqué a été une atrophie musculaire à prédominance inférieure avec évolution très rapide et mort dans le marasme.

Les signes pupillaires et la constatation à l'autopsie de la sclérose des cordons postérieurs permirent seuls de poser nettement le diagnostic de tabes. Il y avait en outre une altération notable des cellules des cornes antérieures. M. H.

LV. **Un cas de migraine ophtalmoplégique** (paralysie oculo-motrice périodique ou récidivante); par MATHIS. (*Revue de médecine*, nov. 1901.) M. H.

LVI. **Contribution à l'étude des accidents névropathiques de l'indigestion** ; par Ch. FÉRÉ. (*Revue de médecine*, janvier 1902.)

Passant en revue les rapports entre la névropathie et les troubles gastriques, l'auteur donne quelques observations d'accidents nerveux consécutifs à des indigestions. Ces observations portent la plupart sur des sujets névropathes.

L'indigestion produisit chez les uns des syncopes qui ne cédèrent qu'à un régime approprié ; chez d'autres, des algies à distance, des parésies. L'indigestion peut aussi produire chez les sujets prédisposés des hallucinations, du délire, ou bien des troubles du sentiment apparaissant avant les sensations gastriques : apathie, angoisse, confusion de l'esprit, etc.

Comme étiologie, l'auteur pense que les accidents tardifs et durables peuvent être attribués à une intoxication ; mais les accidents qui se terminent à la suite d'une évacuation peuvent être plutôt rattachés à un acte réflexe. M. H.

LVII. **Trois cas de polynévrite palustre** ; par C. Mathis. (*Revue de médecine* 1902.) M. H.

LVIII. **Quelques cas de sclérodermie et de vitiligo chez des enfants** ; par Hanshalter et Spillmann. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, 1899.)

Plusieurs observations de troubles trophiques chez des enfants, les uns pouvant être franchement étiquetés « sclérodermie », les autres s'en rapprochant. Y a-t-il identité entre le vitiligo et la sclérodermie. Les auteurs ne sauraient l'affirmer, mais ils signalent les analogies qui existent et les cas qui pourraient être considérés comme une transition entre les deux formes. R. C.

LIX. **Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'amyotrophie Charcot-Marie** ; par P. Sainton. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n°s 3 et 4, 1899.)

L'auteur estime que le diagnostic d'amyotrophie Charcot-Marie a été porté abusivement dans un certain nombre de cas et qu'il n'y a jusqu'à ce jour que deux cas qui peuvent être considérés comme indiscutables, celui de Monnesco (1889) et celui qui est rapporté dans cette étude. Cette affection, si elle est extrêmement rare, n'en est pas moins une entité morbide dont le tableau clinique et anatomo-pathologique peut être très nettement arrêté et qui peut se résumer comme suit : atrophie musculaire progressive *et très lente débutant par le membre supérieur* et par les muscles des éminences thénar et hypothénar et les interosseux, puis gagnant peu à peu les avant-bras et respectant les muscles du bras et de l'épaule, intéressant enfin et toujours très lentement les muscles des membres inférieurs en commençant par le pied. Au point de vue anatomo-pathologique : altérations de la moelle (sclérose des cordons postérieurs, prédominante dans le cordon de Burdach, dégénération légère des faisceaux pyramidaux, altérations de la colonne de Clarke, lésions cellulaires atrophiques des cornes antérieures) : altérations des nerfs périphériques (dégénération des

fibres nerveuses des nerfs intra-musculaires, lésions des troncs nerveux de l'avant-bras et de la jambe); lésions musculaires (atrophie plus ou moins accentuée des fibres). R. C.

LX. **Un cas de polynévrite tuberculeuse motrice**; par M. Decroly (*Journal de Neurologie*, 1900, n° 2).

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, qui présentait une paralysie complète de tous les muscles innervés par les sciatiques poplités externes et internes et les extrémités des deux médians à la main, avec abolition des réflexes tendineux et cutanés, réaction de dégénérescence, atrophie musculaire, etc. Il n'existait pas de troubles de la sensibilité.

C'est en se fondant sur le développement rapide de ces accidents de trois ou quatre jours et sur l'intensité des douleurs localisées aux nerfs et aux muscles intéressés, qui les ont accompagnés, que l'auteur se croit autorisé à porter le diagnostic de polynévrite motrice. Comme il est établi, d'autre part, que le malade était atteint depuis deux ans de tuberculose pulmonaire et que de nombreuses observations que le poison tuberculeux peut attaquer le système nerveux périphérique, il lui semble logique de rattacher cette polynévrite à cet agent étiologique. G. D.

LXI. **A propos des relations entre l'astasie-abasie et l'artériosclérose**; par le Dr Pelnar.

A propos de quatre cas intéressants d'astasie-abasie chez des vieillards, l'auteur, après discussion, émet les conclusions suivantes: 1° il existe une astasie-abasie à début sénile; 2° à côté de l'astasie-abasie sénile chez des individus névropathiques, il y a des cas d'abasie sénile monosymptomatique; 3° la pathognomonie de ces cas n'est pas moins aisée à établir que la pathognomonie des abasies monosymptomatiques chez les individus jeunes; 4° il n'y a pas de raisons cliniques suffisantes pour distinguer une astasie sénile artérioscl érotique de l'astasie-abasie banale; 5° l'abasie sénile peut se compliquer d'une artériosclérose, et le tableau clinique des symptômes est donc modifié en ce sens; 6° dans quelques cas d'artériosclérose, la démarche des malades est modifiée, mais cette modification est assez distincte de la marche abasique (*Revue neurologique*, septembre 1902). E. B.

LXII. **Sur un réflexe anormal du facial inférieur dans un cas de paralysie pseudo-bulbaire**; par le Dr Perrers.

Il s'agit d'un malade atteint, sans aucun doute, de paralysie pseudo-bulbaire.

Le voile du palais ne répond pas aux excitations de la muqueuse qui le revêt; mais on observe, par contre, un phénomène peu com-

mun qui suit cette excitation; en touchant avec l'extrémité d'une tige la moitié droite ou gauche du voile du palais, ou détermine une contraction réflexe bien marquée du facial inférieur du côté opposé à celui où a lieu la stimulation. Les limites de cette surface réflexogène sont la ligne médiane en dedans et, en dehors, la muqueuse du pilier antérieur.

Après une discussion intéressante, l'auteur conclut que ce réflexe croisé du facial démontre :

1° Qu'il n'y a pas une origine corticale, comme Crocq et Jendrassik l'admettent pour les réflexes cutanés; 2° que le voile du palais ne reconnait pas son innervation motrice dans le facial; 3° que dans la paralysie pseudo-bulbaire les réflexes à centre bulbaire sont exagérés (*Revue neurologique*, septembre 1902. E. B.

LXIII. **Un nouveau cas de torticolis mental. Rôle de l'idée fixe, crainte de voir tomber la tête**; par le Dr Scherb.

Observation type de torticolis mental, aussi intéressant au point de vue des attitudes de la malade, des subterfuges qu'elle emploie que de l'idée fixe qui préside aux accidents et aux puériles précautions prises pour y porter remède. L'idée fixe mère de toutes les phobies, de tous les subterfuges et artifices de statique, est la peur continue qui hante la malade de voir son cou se casser et sa tête tomber (*Revue neurologique*, sept. 1902). E. B.

LXIV. **Contribution à la pathogénie du goître exophtalmique**; par le Dr Tedeschi.

De ces expériences, l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Chez les animaux, la lésion des corps restiformes (spécialement dans leur portion antérieure) produit nettement le syndrome basedowien; — 2° chez les animaux qui sont devenus basedowiens par suite de lésion expérimentale, mais chez lesquels les symptômes ont diminué ou sont disparus, on peut réveiller en totalité ou en partie ces symptômes en produisant une hyperthyroïdisation;

3° Chez les animaux sur lesquels on a pratiqué la thyroïdectomie, la lésion des corps restiformes ne provoque pas le syndrome basedowien; — 4° chez les animaux qui sont devenus basedowiens par la lésion des corps restiformes, la thyroïdectomie diminue ou fait disparaître la plus grande partie ou même tous les symptômes basedowiens (*Revue neurologique*, juillet 1902). E. B.

LXV. **Sur un cas de pellagre accompagné de la rétraction de l'aponévrose palmaire**; par les Drs Parhon et Goldstein.

Observation intéressante à plusieurs points de vue. D'abord elle montre la coexistence de la rétraction de l'aponévrose palmaire et

e, fait qui n'a pas été noté jusqu'à présent. De plus, fait ne manque pas d'importance, la pellagre étant qui porte son action spécialement sur le système peut soutenir, à cause de l'apparition de la rétraction se dans un pareil cas, que cette rétraction est un ique dû à une altération du système nerveux (*Revue* juin 1902). E. B.

yopathies familiales paroxystiques, myotonie, myoplégie; par le professeur Oddo.

yndromes familiaux à caractère évolutif, les troubles ccupent par leur fréquence une place prépondérante. bituel des myopathies familiales est caractérisé par omique du muscle atrophié ou pseudo-hypertrophié. ctère essentiel des myopathies familiales communes he progressive et envahissante.

myopathies amyotrophiques, il existe d'autres trouires du muscle, plus rares mais non moins intéresactère essentiel de ces myopathies familiales est l'inles troubles fonctionnels qu'elles entrainent; elles d'être englobées sous la dénomination de myopaes paroxystiques. Deux affections peuvent être rangroupe: la maladie de Thomsen et la paralysie odique. Cliniquement, la maladie de Thomsen, c'est la contraction musuculaire et le terme de myotonie bien. La paralysie familiale périodique est constituée ues d'impotence musculaire complète, c'est une myoattaques surviennent tous les jours chez quelques is chez la plupart les dates d'apparition sont plus s sont irrégulières et imprévues.

se de maladie de Thomsen ou de paralysie périole, le trouble moteur résume à lui tout seul tout le nique, et ce trouble moteur est lui-même constitué bation momentanée du seul élément musculaire; myoplégie constituent bien cliniquement une myole caractère commun est la marche paroxystique. existe des relations étroites entre la maladie de a paralysie familiale périodique. D'autre part, ces s ont une parenté évidente avec les amyotrophies nyopathiques. Elles constituent bien un groupe de amiliales paroxystiques méritant de prendre place e des dystrophies musculaires héréditaires (*Revue* sept. 1902). E. B.

LXVII. **Tic et fonction**; par le Dr Meige.

visage la série des actes qualifiés de fonctionnels,

exception faite pour les fonctions de la vie végétative, on peut dire que les tics sont toujours des sortes de perturbations fonctionnelles.

On y retrouve les caractères des actes fonctionnels : la répétition, le besoin. Mais, dans le tic, ces caractères sont viciés : le rythme moteur n'obéit plus à la loi du moindre effort, le besoin devient excessif, l'acte se produit inopportunément.

Tantôt c'est un trouble d'une fonction indispensable à la vie, — tics respiratoires, — ou à la santé, — tics de nictitation. Tantôt il s'agit d'une perturbation d'un acte fonctionnel dont l'importance vitale est moindre, — tic de la phonation, — et qui peut même faire défaut chez certains sujets, — tic de sputation. Le tic peut donc être un trouble d'une fonction normale, utile à l'individu.

Il existe en outre des actes comme l'écriture, la danse, etc., qui, par l'éducation, arrivent à s'exécuter comme les actes fonctionnels les plus essentiels. De ces actes on peut observer aussi des perturbations qui, tout en restant étroitement apparentes aux tics, en diffèrent surtout par ce fait qu'elles ne se produisent qu'au moment où l'acte fonctionnel devrait se manifester.

Ces accidents — tics ou crampes dits « professionnels » — sont encore des troubles d'une fonction, fonction qui n'est pas commune à tous, mais dont le but est logique, utile.

Dans tous ces cas, le trouble fonctionnel parait être sous la dépendance d'une imperfection, de l'état mental, en particulier de la volonté dont l'action frénatrice est insuffisante pour rétablir la régularité de l'acte fonctionnel, lorsque ce dernier, pour une cause quelconque, vient à se modifier. (*Revue neurologique*, mai 1902). E. B.

LXVIII. **De l'hémiatrophie faciale dans ses rapports avec les lésions du ganglion cervical inférieur** ; par le Dr Bouveyron.

Sans infirmer d'autres hypothèses qui restent dans le domaine des possibilités théoriques, l'auteur, se fondant sur les observations qu'il a déjà publiées, sur l'interprétation d'observations anciennes, estime que l'hémiatrophie faciale est fonction de la lésion du ganglion cervical inférieur. Les rapports immédiats de ce ganglion avec le dôme formé par la plèvre pariétale permettent de comprendre qu'il puisse être englobé dans les processus de pachypleurite dont le sommet du poumon peut être le siège (*Revue neurologique*, mars 1902). E. B.

LXIX. **Sclérose en plaques infantile à forme hémiplégique d'origine hérédo-syphilitique probable** ; par le Dr Carrier

Il s'agit d'une sclérose disséminée chez une enfant de douze ans, atteinte de syphilis héréditaire probable, ayant débuté cinq ans

auparavant avec le tableau clinique d'une hémiplégie spasmodique avec un léger tremblement intentionnel du membre supérieur.

L'étude histologique montra des lésions disséminées, sans systématisation aucune, à aspect de sclérose en plaques. (*Revue neurologique*, oct. 1902). E. B.

LXX. Tabes dorsalis et aortite. Note clinique ;
par le D[r] Arullani.

D'après les recherches de l'auteur, on peut dire qu'il existe entre le tabes et les altérations aortiques (aortite, insuffisance, anévrisme), des rapports fréquents, la cause toxique qui produit l'une des maladies amenant aussi l'autre. Et puisque la cause du tabes doit surtout être recherchée dans la syphilis, on comprend aisément la fréquence de l'aortite comme manifestation vasculaire de la syphilis.

La même chose peut être affirmée pour l'alcoolisme, la malaria, le saturnisme.

Enfin, lorsqu'on considère la fréquence des altérations vasculaires et particulièrement aortiques dans le tabes, se pose naturellement la question de savoir si, par hasard, la lésion du système nerveux ne contribue pas à déterminer ou, au moins, à aggraver les lésions vasculaires. (*Revue neurologique*, oct. 1902). E. B.

LXXI. Sclérose en plaques à symptômes transitoires et récidivants. Paralysie temporaire des mouvements associés des yeux pour la vision binoculaire à gauche, plus tard pour la vision binoculaire à droite; par M. Gilbert Ballet.

Curieuse observation suivie depuis dix ans par M. Ballet. L'affection est à l'heure actuelle facilement diagnosticable mais ne le fut pas toujours : elle débuta en 1887, par de la parésie des mouvements des yeux à gauche et des membres gauches. Après quelques semaines, retour à l'état normal jusqu'en 1892. A cette époque, spasme de la face à gauche, puis diplopie binoculaire, vertiges, vomissements.

D'avril 1892 à janvier 1893, santé parfaite, au moins au jugement de la malade ; de 1893 à 1895, nouveaux troubles : diplopie latérale et en hauteur, spasme facial gauche, parésie faciale droite périphérique, vertiges, vomissements. Cessation de tous ces symptômes en 1895. De 1895 à 1901, c'est-à-dire pendant plus de cinq ans, état normal. En 1901, réapparition des accidents, cette fois sous la forme de paralysie associée des mouvements de latéralité des yeux à droite. Aggravation progressive des troubles, avec cette double particularité que la paralysie associée a fait place à un simple nystagmus et que la paraplégie spasmodique s'est installée

pour s'amender partiellement et reparaître enfin avec ses caractères actuels.

Ce mode d'évolution par poussées successives, avec rémission et rétrocession des symptômes, s'il n'est pas un fait nouveau dans l'histoire de la sclérose en plaques s'est présenté rarement avec des caractères aussi tranchés que dans le cas actuel. (*Revue neurologique*, mai 1902). E. A.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 *octobre* 1902. — Présidence de M. Motet.

Le Président annonce la mort de MM. Dagonet et Rousselin dont il fait l'éloge.

M. Christian donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Dagonet.

M. Giraud lit le dernier adieu adressé par lui à M. Rousselin.

M. Dagonet ayant été Président de la Société, la séance est levée en signe de deuil.

Reprise de la séance. — Présidence de M. Motet.

De la poudre minérale de Trunececk dans le traitement des aliénés artério-sclérosés.

M. Marchand. — La fréquence de l'artério-sclérose chez les aliénés a déterminé l'auteur à traiter plusieurs malades par l'ingestion de la poudre minérale de Trunecek. Le sérum de Trunecek détermine souvent des indurations chroniques, son injection est douloureuse ; la poudre minérale permet d'administrer une quantité de sel plus grande que celle introduite dans l'organisme par les injections de sérum ; telles sont les considérations qui font préférer l'emploi de la poudre minérale au sérum de Trunecek. Pendant toute la durée du traitement, l'auteur a examiné l'état mental des malades, leur nutrition générale, leur pouls, leurs réflexes et leur force dynamométrique. L'affaiblissement intellectuel et les idées délirantes n'ont présenté aucune modification sous l'influence du traitement, l'anxiété et l'agitation ont disparu chez plusieurs malades ; la nutrition générale et les troubles diges-

favorablement influencés; le pouls est devenu plus rapide; la force dynamométrique a notable- l'état des réflexes est resté le même. Ce traitement services en médecine mentale en relevant les les, en combattant les altérations nutritives des s, par une meilleure irrigation du cerveau.

ncoliques au cours des granulies tuberculeuses.

t quatre observations de malades, emportés en par une granulie dont la caractéristique est de né le cerveau et ses enveloppes, ce qui a été vérifié e.

nt présenté, depuis le début de l'affection jusqu'à mélancolique grave, une dépression profonde avec isse, hallucinations fréquentes, etc.

roit que, dans ces cas, la cause de la dépression est centres nerveux de la toxine ou d'une des toxines uleux. Cet état de dépression, simple chez les indi- devient vite mélancolie délirante chez les hérédi- .

I. Bienvenu s'est assuré par des expériences sur périences qui le mènent à conclure que les toxines nt des poisons déprimant les cellules nerveuses. ulie seraient donc comparables à une expérience dans laquelle une forte quantité des toxines dépres- ses se trouveraient tout à coup injectées dans les rés, toujours en puissance de délire et entraînerait colie dont la gravité serait fonction et de la tare l'importance de l'intoxication.

vé dans le service de M. Joffroy des faits qui vien- e ceux rapportés par M. Bienvenu.

a paralysie générale par les injections intrarachi- bi-iodure de mercure et d'iodure de potassium.

— Certains auteurs sont persuadés qu'il est possible paralytiques généraux par un traitement antisyphi- La façon d'introduire les sels de mercure dans t avoir une influence dans son mode d'action; de dominantes de la paralysie générale sont d'ordre Ces diverses considérations ont engagé l'auteur à nent de la paralysie générale par les injections s de sels de mercure. Après avoir prélevé par une ire classique six centimètres cubes environ de rachidien, l'auteur injecte deux milligrammes de rcure et deux centigrammes d'iodure de potassium,

dissous dans deux centimètres cubes d'eau distillée. L'auteur n'a jamais observé d'accidents à la suite de ses injections qui sont renouvelées tous les huit jours. Sur sept malades qui ont suivi ce traitement pendant trois mois, quatre ont été améliorées. L'auteur fait remarquer que c'est là une nouvelle voie thérapeutique et qu'il est possible de traiter les paralytiques généraux par l'injection de sels de mercure dans le liquide céphalo-rachidien.

M. G. Ballet croit qu'il faut ne faire d'injections intra-rachidiennes qu'avec la plus extrême prudence et qu'on ne doit pas trop se hâter de conseiller une thérapeutique aussi hardie, qui pourrait trouver au dehors un écho dangereux.

M. Toulouse. Des deux questions soulevées par M. Marchand il en est une de résolue, c'est la possibilité de faire sans danger des injections dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Briand rappelle qu'on fait depuis longtemps des injections de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien et que M. Tuffier a institué sur cette pratique toute une méthode d'anesthésie chirurgicale. On pourra la juger dans un avenir prochain.

M. Ballet. Il est certain que plusieurs chirurgiens sont convaincus de l'innocuité de cette méthode qui ne serait dangereuse dit-on, que si l'eau est employée comme véhicule de la substance médicamenteuse. Pour atténuer le danger, on conseille de dissoudre l'agent thérapeutique dans une petite quantité de liquide céphalo-rachidien, préalablement extrait par ponction. Je maintiens néanmoins qu'une thérapeutique aussi dangereuse ne doit être pratiquée qu'avec la plus extrême prudence.

M. Dide. — M. le professeur Joffroy, ayant eu la pensée de faire des injections médicamenteuses dans le liquide céphalo-rachidien, les expérimenta sur des animaux. Tous ceux auxquels on injecta de l'iodure de potassium moururent. Le gaïacol fut mieux supporté. M. B.

Séance du 24 novembre 1902. — Présidence de M. Motet.

Du rythme psycho-biologique dans l'automatisme de certains aliénés.

MM. Vaschide et Vurpas développent cette opinion que le rythme et la périodicité semblent traduire les manifestations les plus rudimentaires de la vie biologique et mentale, lorsque les éléments qui la composent évoluent pour leur propre compte et sont soustraits à l'action d'un centre coordinateur régulateur.

Le rythme et la périodicité seraient ainsi la caractéristique propre de la vie, de cet équilibre toujours instable, et seraient la traduction extérieure de ces deux qualités, qui expriment la vie, à savoir la dynamogénie et le repos, se succédant périodiquement et

rythmiquement. Les centres supérieurs auraient un rôle de coordinateur psychodynamique, réglant la machine vitale, selon un équilibre plus stable, grâce à cette propriété supérieure et véritablement spécifique, réelle force active, qui est l'inhibition.

MM. Vigouroux et Jaquelier communiquent trois observations de malades, ayant présenté un délire hallucinatoire ressemblant à s'y méprendre à un délire alcoolique et dû à une auto-intoxication par insuffisance rénale.

Chez le premier, homme de cinquante-huit ans, le diagnostic, appuyé sur la constatation de plusieurs signes de petite urémie, fut confirmé par le retour et la lenteur de l'élimination du bleu de méthylène. La disparition du délire coïncida avec la reprise de l'élimination urinaire.

Chez le second, âgé de trente-six ans, suspect d'alcoolisme, les phénomènes délirants disparurent sous l'influence du régime lacté, en même temps qu'une albuminurie notable, l'oligurie, les céphalées et l'œdème des jambes.

Le troisième, ancien rhumatisant et atteint d'insuffisance mitrale, présentait, à la fois, des troubles délirants très intenses et une oligurie excessive.

Il était abstinent depuis plusieurs années et son état mental s'améliora au moment où l'oligurie fut remplacée par la polyurie.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion de MM. Klippel, Régis, Ballet, Wales, Cullerre, etc., qui ont noté l'analogie étroite, unissant le syndrome délire alcoolique au syndrome délire toxique.

M. Dupré. — Ces observations rappellent beaucoup le délire par insuffisance hépatique. Je désirerais savoir dans quel état se trouvait le foie des malades qui en font l'objet.

M. Vigouroux. — Dans les deux seuls cas où il a été observé rien d'anormal n'a été relevé.

M. Dupré insiste sur la fréquence de l'association de l'insuffisance rénale avec l'insuffisance hépatique.

M. Trénel a observé une femme, atteinte pendant trois semaines d'un délire très actif de persécution survenu au cours d'une néphrite aiguë à laquelle elle a succombé. Il a vu une autre femme, non alcoolique et présentant les symptômes du délirium tremens, et qui était atteinte uniquement de néphrite chronique.

M. Dupré rappelle que Maurice Faure a publié des cas analogues d'hépato-néphrite graisseuse, accompagnée de délire toxique. Ils ressemblent beaucoup à ce qu'on observe quelquefois dans les psychoses polynévritiques.

M. Vigouroux. — Dans la thèse de Maurice Faure il s'agit surtout de néphrites aiguës.

dissous dans deux ce
jamais observé d'ac
renouvelées tous les
traitement pendant
fait remarquer que c
est possible de trait
sels de mercure dan

M. G. BALLET cr
diennes qu'avec la
se hâter de conseil
trouver au dehors

M. TOULOUSE. D
il en est une de r
des injections dan

M. BRIAND rapp
cocaïne dans le
titué sur cette pr
cale. On pourra

M. BALLET. Il
vaincus de l'inn
dit-on, que si l'
médicamenteus
dre l'agent th
céphalo-rachidi
tiens néanmoin
être pratiquée

M. DIDE. — M
des injections
les expérimen
de l'iodure de
porté.

Séance du

Du rythme psy

MM. VASCHID
et la périodicit
mentaires de la
la composent é
l'action d'un c
Le rythme e
pre de la vie, d
duction extérieu
savoir la dynam

de tout trouble auditif. que chez les sujets normaux. Les ps de choix sont extrêmement longs; les sujets ne paraissent pouvoir toujours faire une distinction eutre deux excitations sorielles différentes. Les impressions ne se fixent pas suffisamment pour faciliter la comparaison nécessaire; l'attention est stable et l'automatisme joue un rôle plus grand qu'à l'état normal.

Paralysie double du pneumogastrique pulmonaire.

M. Max EGGER rappelle les accidents produits chez le chien par section des deux pneumogastriques : vomissements incoercibles, raucité de la voie, tachicardie, respiration réduite de deux tiers comme nombre avec courbe spéciale et enfin mort pour bronchite infectieuse assez rapide. Une malade observée par l'auteur et atteinte de tous les signes du tabes présente exactement tous les mêmes phénomènes, elle n'a que trois ou quatre inspirations par minute. La survie tient probablement à ce que la paralysie pneumogastrique s'est installée lentement et progressivement, créant ainsi une sorte d'accoutumance, tandis que la soudaineté des accidents contribue à tuer rapidement les chiens opérés des deux vagues.

La marche de flanc chez les hémiplégiques.

MM. O. CROUZON et C.-M. CAMPBELL présentent les résultats d'un examen de la « marche de flanc » (Flankengang) chez des hémiplégiques dans le service de M. P. Marie, à laquelle M. Schüller (de Vienne) a consacré récemment un travail. Ils n'ont jamais trouvé que la marche de flanc faisait ressortir une hémiplégie que la marche en avant n'eût également décelée; mais d'accord avec M. Schüller ils pensent que la « marche de flanc » peut aider à établir le diagnostic différentiel de l'hémiplégie hystérique et de l'hémiplégie organique.

Dégénérescences descendantes consécutives au ramollissement du pédoncule cérébral.

M CESTAN insiste sur la dégénérescence du faisceau longitudinal postérieur et sur la dégénérescence des fibres de la calotte. Il lui a semblé que ces fibres venaient se placer en arrière de l'olive bulbaire pour descendre ensuite directement dans le cordon antérieur de la moelle; ainsi donc une lésion pédonculaire entraîne dans le cordon antérieur de la moelle d'une dégénérescence d'un faisceau qui est distinct de la voie pyramidale.

M. MARIE appuie l'opinion de M. Cestan et présente quelques coupes de moelles montrant des lésions consécutives à des altérations pédonculaires.

Fracture du rachis. — Paraplégie spasmodique. — Laminectomie. Guérison.

MM. RAYMOND et SICARD présentent un jeune malade qui s'est fracturé accidentellement la colonne vertébrale au niveau de la 12e dorsale. Consécutivement, il s'est installé une paraplégie spasmodique, avec troubles de la vessie et ébauche du syndrome de Brown-Séquard, ayant persisté durant plus de six mois. La laminectomie a été suivie rapieement de la dispartition de tous ces symptômes. Ce fait vient à l'appui de ceux publiés déjà par Philippe et Cestan, Babinski, Schulze et montrent que l'état spasmodique n'est pas exclusivement et nécessairement sous la dépendance de la dégénération du faisceau pyramidal.

Clonisme du pied chez un neurasthénique,

Par MM. Gilbert BALLET et Louis DELHERM.

Les neurologistes ne sont pas d'accord sur le point de savoir si le clonisme du pied, ou comme on dit encore la trépidation spinale peut s'observer dans les névroses (l'hystérie et la neurasthénie) et en dehors des lésions du faisceau pyramidal.

MM. G. Ballet et L. Delherm présentent un malade qui permet d'affirmer que sans aucun signe de lésion ou d'irritation permanente de ce faisceau, on peut rencontrer la trépidation spinale. Il s'agit d'un homme de quarante-six ans entré à l'Hôtel-Dieu au mois de décembre dernier pour une céphalée en casque assez vive prédominante aux régions biparrétales et occipitales, remontant à près de trois ans, associée à une sensation de lassitude et de fatigue générale habituelle. On ne relève chez lui aucun signe de lésion cerébrale ou spinale; l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas décelé de lymphocytose les réflexes tendineux sont un peu forts partout, mais également des deux côtés; les gros orteils réagissent en flexion. Or, lors de l'examen pratique le lendemain de l'entrée on a constaté le phénomène suivant : En relevant fortement la plante du *pied* droit, on détermine un clonisme des plus net dont la durée était pour ainsi dire indéterminée et ne cessait qu'avec la cessation du relèvement passif du pied. Ce clonisme ressemblait de tous points à celui qu'on rencontre chez les malades affectés de lésions organiques ; il était notamment impossible de la différencier par ces caractères objectifs du clonisme particulièrement marqué qu'on constatait au même moment chez un hémiplégique avec coutracture, couché dans le service. Ce clonisme n'a été que transitoire. Trois jours après l'entrée du malade, on ne l'a plus noté ; ce qui contribue encore à établir son caractère de trouble indépendant d'une lésion organique. Ce cas permet donc d'affirmer que chez un malade présentant des symptômes neurasthéniques et

indemne de tout signe de lésion organique du faisceau pyramidal, on peut rencontrer le clonisme du pied, identique quand à ses caractères objectifs à celui qui se rencontre dans l'hémiplégie avec lésion.

Il convient d'ajouter que si, cliniquement le clonisme est le même dans les deux cas, il n'est pas démontré que dans les deux cas, sa physiologie pathologique soit identique. En effet, chez le malade de l'Hôtel-Dieu a existé et existe encore un tremblement à petites oscillations des mains et des prises survenant dans l'extension des membres et ayant tous les caractères d'un tremblement hystéro-neurasthénique, ce tremblement était plus accusé et plus diffus à l'époque où le malade présentait la trépidation. Il pourrait se faire que cette trépidation eut été le résultat d'une sorte de traumatisme des gastroumens. En tout cas, réserve faite sur ce point de physiologie pathologique, elle présentait et c'est le fait qu'il était intéressant de mettre en relief tous les caractères cliniques de la trépidation par lésion organique.

M. Babinski ne pense pas que l'épilepsie spinale dénote fatalement une lésion pyramidale, on la rencontre dans des intoxications, dans l'épilepsie, dans l'hystérie, dans la neurasthénie et même chez des sujets normaux. Dans les névroses elle n'est pas fonction de ces névroses, elle n'y a pas d'autre signification que chez les sujets normaux. En somme, elle n'a de valeur comme signe que quand elle est unilatérale et très accentuée.

M. Ballet. — Elle peut donner une présomption en faveur d'une lésion organique mais elle n'a pas de valeur décisive.

M. Brissaud. — L'épilepsie spinale peut manquer chez des organiques comme elle peut se montrer chez quelques névrosés, mais des cas isolés ne prouvent rien contre la règle générale. D'ailleurs dans la plupart ces cas de lésions organiques on la voit rétrocéder.

M. Babinski. — Qu'on me montre un hystérique présentant une épilepsie spinale et s'en guérissant en même temps que de sa névrose !

M. Raymond se rappelle avoir vu chez P. Sollier une jeune fille hystérique qui avait un clonus du pied bilatéral très net qui disparut après guérison de l'hystérie. La discussion se termine sur l'avis général que l'épilepsie spinale perd de son importance comme signe de lésion organique.

Atrophie des membres de nature mal déterminée.

M. Marie montre un jeune homme qui eut à quatre ans des convulsions suivies de paralysie des quatre membres. A huit ans il put marcher de nouveau. Il présente aujourd'hui une atrophie énorme des membres ; mais cette atrophie n'atteint pas le segment [illegible]

Les fonctions des muscles persistent; les mains conservent leur longueur normale. Il ne s'agit donc pas vraisemblablement d'une paralysie infantile. Ne serait-ce pas un de ces cas d'atrophie con-consécutive à une méningite cérébrospinale comme Rendu en a publié.

M. Brissaud. — C'est en tout cas une atrophie consécutive à une céphalo-myélite aigue. Il n'est d'ailleurs pas impossible de voir des paralysies infantiles sans diminution du squelette et le malade de M. Marie n'est peut-être pas absolument indemne de ce côté, car s'il conserve, chose rare, la dimension normale de ses mains, il est en tout cas bas de jambes.

Fracture chez un myopathique.

M. Crouzon présente la radiographie d'une fracture de l'humérus survenue, sinon spontanément, du moins avec un traumatisme minimum chez un malade atteint de myopathie progressive primitive. L'humérus est très atrophié.

Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans le tabes.

MM. P. Armand-Delille et Jean Camus ont examiné treize cas de tabes du service de M. le professeur Déjerine ; dans les deux tiers de ces cas ils ont constaté l'absence de lymphocytose. L'âge du tabes dans ces cas n'a pas semblé en rapport ni avec la présence ni avec l'absence de la lymphocytose. La lymphocytose n'est pas non plus en relation avec l'existence ou non d'ataxie ou de douleurs fulgurantes; elle ne pouvait donc être dans ces cas un élément de diagnostic ou de pronostic.

Lésion du noyau rouge.

M. Guilmain montre les pièces et les préparations d'une lésion ancienne limitée au noyau rouge, à la suite de laquelle la dégénérescence secondaire a atteint le faisceau central de la calotte dans le pédoncule, la protubérance et le bulbe, avec les fibres périolivaires. Le faisceau central de la calotte irait donc bien de la capsule périolivaire à celle du noyau rouge. A noter aussi dans ce cas l'atrophie du pédoncule cérébelleux supérieur.

Un cas de Zona à topographie radiculaire suivi d'autopsie.

MM. P. Armand Delille et Jean Camus ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'une malade du service de M. le Dr Déjerine, trois semaines après une atteinte de zona portant sur le territoire des 2e et 3e racines cervicales gauches.

Par la méthode de Marchi, ils ont constaté des fibres dégénérées des racines postérieures correspondantes. Ces lésions étaient

extrêmement nettes à l'entrée de ces racines dans la moelle, on les constatait également dans les cordons de Burdach. Dans les ganglions correspondant, on trouve également des lésions cellulaires. Ce cas vient donc apporter une nouvelle confirmation à l'origine ganglionnaire du zona.

Pathogénie du tabes.

M. Brissaud reprenant la discussion des précédentes séances déclare que si l'on se range à l'opinion de MM. Marie et Guillain, théorie lymphangitique, on ne peut conserver aucune cohésion au syndrome de Duchenne, de Boulogne, et il faut en écarter par exemple la névrite optique et les ophtalmoplégies qui sont pourtant caractéristiques du tabes. En suivant d'autre part M. Nageotte dans sa théorie méningitique radiculaire, il faut renoncer à quantité de variétés du tabès. Le système lymphatique postérieur spécial ne lui paraît pas encore anatomiquement démontré, et pour M. de Massary et lui-même le tabes reste une affection spéciale de l'ectoderme frappant de dégénérescence le protoneurone centripète.

M. Déjerine. — Ce n'est pas la première fois que la méningite a été considérée comme l'accident primitif du tabes. Cette idée avait été déjà avancée par Vulpian, mais après plus ample étude il y avait renoncé et il considérait les lésions méningitiques comme consécutives aux lésions des racines.

M. Marie considère que la région postérieure de la moelle forme un bloc composé de l'élément nerveux, vasculaire et méningé. Les lymphatiques font partie intégrante de ce bloc comme les racines postérieures elles-mêmes, et c'est dans ce bloc ou une de ses parties inséparables que débute le tabes sous l'influence de la syphilis.

M. Raymond admet le tabes comme ne se produisant que sous l'influence de la syphilis ; mais il survient dans un organisme syphilisé plutôt que comme accident directement syphilitique. D'ailleurs si la syphilis crée seule le tabes vrai, la lésion systématique du bloc postérieur médullaire peut se produire dans d'autres maladies sans syphilis antérieure, telle par exemple la maladie de Friedreisch. M. Raymond voit d'ailleurs rétrocéder tous les jours des tabes sans traitement spécifique, il en voit d'autres soumis à ce traitement qui ne rétrocèdent pas. Tout en admettant entièrement l'origine syphilitique du tabes, il doute de l'efficacité du traitement spécifique. Il propose donc qu'on choisisse deux cents cas de tabes, on en traitera cent spécifiquement et les cent autres par les autres méthodes et on jugera des résultats.

M. Déjerine appuie cette dernière proposition qui serait fort instructive. Il voit lui aussi de vieux tabétiques qui n'ont subi

jamais aucun traitement spécifique même en pleins accidents syphilitiques et dont le tabes a pourtant rétrocédé.

M. Brissaud accepte avec empressement la proposition de M. Raymond. L'origine spécifique du tabes pour lui ne fait aucun doute, mais il voit rétrocéder des tabes sans traitement spécifique. Il applique d'ailleurs ce dernier traitement et croit à l'amélioration que les malades en retirent parce que peut-être il veut y croire et s'en donner au moins l'illusion. F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 16 décembre 1902. — Présidence de M. Jules Voisin

De la suggestion en pédagogie scolaire.

M. Raffegeau expose les excellents résultats que l'on peut obtenir chez des enfants paresseux ou névrosés, au moyen de la suggestion à l'état de veille, associée à l'hydrothérapie et aux agents physiques. Il rapporte, à l'appui de sa thèse, un certain nombre d'observations et termine en insistant sur le rôle excellent que pourrait jouer le médecin, dans les écoles, aussi bien au point de vue mental qu'au point de vue physique.

M. Bérillon. — Je considère comme très inexacte l'expression de : suggestion « *à l'état de veille* » ; on devrait dire : suggestion « *à l'état de veille apparente* ». En effet, le prestige du médecin, son autorité naturelle, la mise en scène, etc., exercent sur l'enfant une sorte d'intimidation. Cela est si vrai que tel sujet qui n'est pas suggestionnable aujourd'hui pourra l'être demain à un haut degré ; et tel, réfractaire à l'influence d'un individu subira au plus haut point la domination d'un autre. L'enfant auquel on croit faire une suggestion à l'état de veille n'est plus à l'état de veille proprement dite ; il est déjà monoidéisé, inhibé ; son pouvoir de contrôle est suspendu, la suggestionnabilité accrue ; il subit l'ascendant de son suggestionneur, ou bien il s'est spontanément et préalablement auto-hypnotisé par la mise en jeu de l' « *expectant attention* », ou bien il présente un cas d'hypnotisme fortuit. C'est à la faveur d'un « *état passif* » (Liébeault) que la suggestion réussit. Dès lors ne vaut-il pas mieux provoquer délibérément cet état passif ? Grâce à l'hypnotisme, la suggestion gagne considérablement en efficacité et les résultats thérapeutiques sont à la fois plus nombreux et plus stables.

M. Félix Regnault. — Dans l'emploi de la suggestion pédago-

gique, il faut distinguer entre les sujets. Les enfants sont vicieux, indisciplinés, inattentifs, etc., tantôt parce qu'il y a surmenage intellectuel avec classes trop longues et insuffisance de récréations, tantôt parce qu'ils ont une très mauvaise hygiène alimentaire, tantôt parce qu'ils absorbent des excitants, tels que vin, thé, café. Dans ces divers cas, il faut réformer l'hygiène intellectuelle et le régime alimentaire. D'autres fois, ces troubles du caractère sont sous la dépendance d'un polype muqueux, de végétations adénoïdes, d'adhérences préputiales (Bérillon) : en traitant la cause, on supprime l'effet. Restent les névropathes, les héréditaires, les tarés. J'accorde que l'hypnotisme réalise chez eux des guérisons d'une certaine durée; je doute qu'elles restent permanentes. Au bout de quelques mois, il faut, je pense, revenir à la charge et faire de nouveau appel à la suggestion ; car le fonds héréditaire n'a pas changé. La suggestion n'est donc pas souveraine et il est bon qu'on en connaisse les limites.

M. Jules Voisin. — Chez les héréditaires, chez les individus atteints de folie morale, en particulier, les symptômes se succèdent ou se remplacent. Par exemple, le kleptomane devient dipsomane ou érotomane, etc., de plus, ils sont très difficilement hypnotisables.

M. Félix Regnault. — Donc, si l'on parvient à les hypnotiser, on ne peut que supprimer un symptôme; mais, à cause du terrain prédisposé, le champ reste libre pour l'apparition et le développement d'autres symptômes morbides. C'est donc une amélioration que l'on peut obtenir et non une guérison.

M. Bérillon. — Sans doute, si l'enfant dépasse un certain degré de dégénérescence, il n'est ni curable, ni hypnotisable et même, dans ces cas, l'hypnotisme est un instrument de diagnostic comme de pronostic. Cette réserve faite, je maintiens en orthopédie morale l'exactitude d'une formule que je me plais à répéter, à savoir qu'hypnotisable veut dire curable. Beaucoup qui ne sont pas hypnotisables peuvent néanmoins être suggestionnés si on les chloroformise, ainsi que le faisait Auguste Voisin, ou, mieux encore, si on les soumet au somnoforme, ainsi que le recommandait tout récemment M. Paul Farez. Dans ces cas, suggestionnable est synonyme de curable. On nous dit : « Vous obtenez une amélioration d'une durée limitée et non une guérison ». Je répondrai : si par exemple, dans la kleptomanie ou l'onychophagie, on associe à la suggestion hypnotique ce que j'ai appelé la psychomécanique, si l'on ne cesse pas le traitement trop tôt, si l'on a soin de créer des « crans d'arrêt » si l'on réveille et développe le pouvoir modérateur, on obtient des guérisons au sens propre du mot. En effet, le petit vicieux est vraiment guéri, lorsqu'il est armé contre les tentations ultérieures; et c'est cela que l'hypnotisme réalise. Si,

par la suite, sous l'influence d'une intoxication, d'une infection d'un traumatisme, l'enfant succombe à nouveau, il va sans dire qu'on doit recourir de nouveau à la suggestion pour restaurer son pouvoir de résistance.

M. Paul Farez. — Lorsque, pour diverses raisons, il est possible de recourir ni à la suggestion hypnotique, ni à la suggestion somdique (pendant le sommeil naturel), ni à la suggestion pendant une narcose chimiquement provoquée, nous sommes réduits à la suggestion pendant l'état de veille. Or, celle-ci est, d'ordinaire, fort peu efficace, à moins qu'on ne l'appuie sur le sommeil. D'une manière générale, et surtout en orthopédie morale, je m'applique à la formuler non pas dans la journée, mais le soir, au moment où le malade vient de se mettre au lit et va s'endormir. Ma suggestion est ainsi ce qui occupe en dernier lieu la conscience du malade; c'est sur elle qu'il s'endort; elle constitue une sorte de monoïdéisme qui, à la faveur du sommeil naturel, acquiert une bien plus grande efficacité thérapeutique. Cette suggestion présomnique n'est nullement combattue et annihilée, comme l'est trop souvent la suggestion diurne, par toutes sortes de représentations variées qui assaillent et distraient la conscience; elle offre une matière au développement de la cérébration subconsciente, elle offre un moyen facile et commode de se rapprocher, autant que possible, des conditions de la suggestion hypnotique.

M. de Bourgade. — Les enfants auxquels s'adresse cette orthopédie morale ne sont pas tous des dégénérés ou des névropathes. Souvent leur estomac et leur intestin sont malades et fabriquent des toxines; leur nutrition générale est en mauvais état. Pour les guérir, il suffit de rétablir chez eux ce que j'appellerais l'orthonutrition. Un de mes malades avait l'idée fixe d'assassiner son père; il en fut complètement débarrassé par des prescriptions de thérapeutique générale.

M. Paul Magnin. — Ces observations sont très justes et il va sans dire que, nous autres hypnotiseurs, nous restons, quand même et par-dessus tout, médecins. Nous ne négligeons chez nos malades aucune des indications de la thérapeutique générale; mais il est de nombreux cas où celle-ci est loin de suffire. Certains de nos malades, nerveux ou mentaux, sont en imminence de guérison, mais ils restent profondément abouliques; et si l'hypnotisme les guérit, c'est parce qu'il permet un entraînement méthodique de leur volonté. A ce propos, plusieurs auteurs, très autorisés à d'autres points de vue, écrivent et soutiennent encore aujourd'hui que l'hypnotisme détraque ou supprime la volonté. Est-ce par ignorance ou par mauvaise foi? En tous cas, ils propagent une erreur de tous points erronée, à laquelle les faits donnent quotidiennement un formel démenti. Le psychothérapeute, au contraire, est, au sens propre, un professeur de volonté.

Les hierosyncrotèmes familiaux.

M. Binet Sanglé. — Les hiérosyncrotèmes (groupes formés par des religieux ou des dévots suggestionnés l'un par l'autre), peuvent être figurés par une fraction dont le nominateur représente le nombre total des membres de la famille et le numérateur le nombre de religieux ou dévots de la famille ainsi définie. J'ai pu reconstituer plus de 200 hiérosyncrotèmes familiaux dont quelques-uns comptent jusqu'à 30, 38, 40 et 43 membres et qui montrent le rôle joué à la fois par l'hérédité et le milieu dans la propagation des idées religieuses et leur transmission à travers les siècles.

Séance du mardi 20 *janvier* 1903. — Présidence de M. Voisin

La psychologie du cardiaque.

M. Fiessinger. La psychologie du cardiaque est bien différente de celle du dyspeptique ou du tuberculeux. Chez le dyspeptique, l'humeur est très inégale; les alternatives d'excitation et de dépression sont très accusées; son pessimisme est fait d'un sentiment d'amertume; sa misanthropie s'étend à sa personne d'abord et à tout le genre humain ensuite; son intelligence gagne en finesse, promptitude et délicatesse. Le phtisique est un optimiste pour lui, un pessimiste vis-à-vis du genre humain qu'il déteste; il est aisément rageur; il aime à voyager; il change de médecin. Le cardiaque est un pessimiste pour lui, un optimiste vis-à-vis de ses semblables qu'il supporte et qu'il aime; il est obéissant et doux; il reste chez lui et demeure un client fidèle. En un mot, si le phtisique est optimiste et rageur, le dyspeptique misanthrope est délicat, le cardiaque, lui se signale surtout par son indulgence, sa pondération et sa sagesse; il juge avec finesse et perçoit les nuances; il ne s'indigne pas contre le mal mais lutte contre lui avec tenacité.

M. Bérillon. Le cœur est un réactif délicat et la moindre émotion se traduit par une modification cardiaque ou circulatoire. Les émotions sont très dangereuses chez les cardiopathes. Aussi conviendrait-il d'instituer pour eux, par la psychothérapie, une prophylaxie de l'émotion. En les habituant à ne pas se laisser démonter par une émotion, on empêcherait des aggravations et même des morts subites. Cette indication thérapeutique est d'autant plus légitime que l'hypnotisme peut agir directement sur le cœur, la circulation générale et la tension artérielle, ainsi que je l'ai montré à l'aide de nombreux tracés sphygmographiques.

Les facteurs psychologiques et les divergences médicales.

M. Dauriac. Les désaccords entre médecins dans leurs prescriptions ou leurs défenses ne portent généralement pas sur les dissen-

timents d'origine médicale. Les médecins s'entendent sur le mal et sur ses conséquences. Mais, quand il s'agit d'interpréter ces conséquences, de formuler des permissions ou des défenses, ils cessent d'être du même avis, parce qu'ils ne sont ni du même caractère, ni de la même humeur.

M. Paul Magnin. Sans doute; aussi, c'est à la fois comme médecin et comme homme que, par exemple, je n'hésite pas à interdire le mariage à mes tuberculeux ou à mes syphilitiques, même guéris. J'apporte mes connaissances et mon autorité médicales au service de la société pour épargner à cette dernière des rejetons qui risqueraient de n'être que de non valeurs à la charge de la collectivité.

M. Bérillon. Cependant Fournier permet le mariage des syphilitiques après un certain nombre d'années de traitement. Et pour ma part, je ne désespérerais pas de la descendance d'un tuberculeux guéri; car, si dernier s'est véritablement guéri, c'est qu'en outre de qualités morales de volonté et de persévérance, il offre une certaine résistance physiologique.

M. Jules Voisin. Les enfants de syphilitiques guéris peuvent paraître normaux. Toutefois j'ai remarqué que, s'ils sont surmenés, ils font très facilement des psychoses de la puberté.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance 25 janvier 1902. — Dédiée au nom de S.-S. Korsakoff

S.-J. Popoff. *Un cas d'ataxie cérébelleuse aiguë d'origine organique, compliquée par l'hystérie.*

Malade, de cinquante-quatre ans, ancien alcoolique, devint malade subitement de la manière suivante : tout d'abord apparaît un bruit constant dans l'oreille gauche ; trois jours après la démarche devint chancelante, mais il n'y avait point ni vomissements, ni de céphalalgie ; en ce temps on arracha au malade l'une des dents ; immédiatement après l'opération la démarche devint encore plus chancelante et ce phénomène progressa encore. Dans le cours de la maladie on nota plusieurs périodes d'exacerbation de l'ataxie, de sorte que, quatre mois après le début de la maladie, il n'était plus en état de marcher. Outre l'ataxie on pouvait noter chez le malade des symptômes de compression de certains nerfs craniens, à savoir : des nerfs auditif, trijumeau et oculo-moteur commun. Ayant

en vue, que les [illegible] sou-vent compliqu[illegible] de [illegible] soumit le ma[illegible] con-sidérablement [illegible] parut et le malade [illegible] d'une maladie [illegible] festa un kyste [illegible] petite région du cervelet [illegible] attribue l'apparition [illegible] sous-méningiennes [illegible] l'explique par le [illegible] guérison de l'ataxie après [illegible] rimentales de Luciani [illegible] provoque l'ataxie [illegible] à la propriété du cervelet [illegible] bles des fonctions [illegible] du cervelet chez le malade [illegible] ne peut pas expliquer [illegible] prolongée.

[illegible]

Dr W. S[illegible] ne voit pas d'indications [illegible] sur l'existence de l'hystérie dans le cas en question.

Dr V. W[illegible] pense que [illegible] dans le [illegible] de l'ataxie peuvent [illegible] du kyste ; si le kyste [illegible] il n'y aurait pas eu de phénomènes [illegible] de compression de la moelle allongée.

Dr G. P[illegible] trouve que les modifications dans le cervelet sont très significatives et voit sur la préparation une compression très marquée de la moelle [illegible] qui indique l'augmentation lente de la compression du côté du kyste. Les oscillations très marquées dans l'intensité des phénomènes morbides sont une règle dans les kystes du cervelet.

M. G.-J. R[illegible] ne n[illegible]e pas la possibilité de complication hys-térique dans le cas donné.

M. L. S. Minor rappelle que les tumeurs cérébelleuses peuvent exister sans aucuns symptômes, par exemple, les cholestéatomes.

Dr Mouratoff indique sur ce fait que les explications anatomiques du rapporteur ne sont pas fondées sur des données suffisantes.

Dr W[illegible] pense à l'existence possible d'une lésion des deux hémisphères, à une lésion disséminée à la suite de modi-fications vasculaires.

Dr S[illegible] voit chez le second malade des phénomènes indubi-tables de démence qui prouvent le caractère diffus du process u

morbide, mais il ne comprend pas l'opinion de l'auteur sur l'amnésie comme sur un symptôme en foyer. — Les Drs PRIBYTKOFF et VOROBIEFF ont aussi pris part à la discussion.

P.-A. PRÉOBRAJENSKY. *Etude sur l'alexie sous-corticale et sur les troubles similaires.*

L'auteur a observé dans l'hôpital de Sainte-Catherine deux cas d'alexie. — *Cas I.* Malade, journalier, cinquante ans, grand buveur, n'a jamais souffert de rien jusqu'à la maladie actuelle. Vers la mi-décembre 1901, sans perte de conscience, il commença à ressentir une faiblesse dans les extrémités gauches; trois jours après le début de la maladie, c'est-à-dire le 18 décembre, il entra dans l'hôpital. *Etat présent* : certain affaiblissement d'attention et de combinaison, parésie du nerf hypoglosse et des ramifications inférieures du nerf facial gauche; hémiplégie et hémianesthésie gauche (de toutes espèces); abolition des réflexes patellaires; hémianopsie gauche. Le malade ne peut presque pas lire, même l'imprimerie en gros caractères; et déchiffre mal les mots ou ne les déchiffre pas du tout; parfois d'après le commencement du mot il en dévine la fin, mais il se trompe bien souvent sans doute. Il ne peut pas copier des phrases d'un livre, il doit avant déchiffrer le mot; si il réussit à lire le mot, il l'écrit alors vite et régulièrement. Il écrit bien lui-même et sous la dictée, mais il déchiffre mal les mots écrits (même par lui-même). Le malade comprend mal les dessins et les tableaux. En suivant la main de celui qui écrit, il peut deviner d'après les mouvements le mot écrit. Il lit mieux les mots imprimés en noir qu'en rouge, mais il distingue bien les couleurs l'une de l'autre. Vision des deux yeux $= \frac{5}{10}$. En lisant, il ne perd pas les lignes et passe de l'une à l'autre régulièrement. L'ouïe est normale des deux côtés. Pendant le séjour du malade à l'hôpital tous les phénomènes morbides s'améliorèrent de même que l'alexie qui commença à disparaître progressivement. Le malade n'était pas gaucher.

Cas II. — Malade de quante-cinq ans, ouvrier de fabrique, fut amené à l'hôpital le 17 juillet de 1901 en état d'inconscience. Sur les antécédentes on parvint seulement à apprendre que le malade avait eu la syphilis à l'âge de vingt ans et comment est survenue la maladie actuelle, on n'a pas pu le savoir. A l'entrée, on signale une confusion mentale, une mauvaise orientation dans l'entourage; le malade ne comprend pas tout de suite ce dont on lui parle; il se démène constamment dans son lit. Hémianesthésie complète du côté gauche. Parésie des extrémités gauches, ataxie. La confusion mentale commença à disparaître progressivement et alors seulement on a eu la possibilité d'examiner d'une manière plus détaillée et plus circonstanciée le malade en question.

Etat présent, 29 octobre 1901. Hémianopsie gauche très accentuée. Vision de l'œil droit $= \frac{7}{10}$, vision de l'œil gauche $= \frac{2}{10}$. Le malade distingue bien les couleurs. Il déchiffre les caractères imprimés avec une certaine difficulté. En lisant il oublie bien vite ce qu'il a lu, et souvent repète plusieurs fois une seule et même ligne ou une partie de cette ligne; s'il regarde de côté, il ne peut plus trouver l'endroit, où il s'est arrêté ; le plus souvent malgré toutes ses recherches le malade lit des fragments de phrases dans différents endroits de la page. Parfois il ne peut se rappeler que quelques mots isolés de tout ce qu'il vient de lire. Il déchiffre en épelant les mots écrits par lui-même et souvent les lit de travers ; il reconnait son écriture. Il écrit assez bien lui-même et sous la dictée, il copie juste les mots qu'il a bien déchiffrés. La copie de diverses figures géométriques ne lui réussit pas toujours et la copie même grossière de divers tableaux quelconques n'est pas du tout à sa portée. Il reconnaît fort mal les tableaux et les dessins, il mêle souvent les images; par exemple il prend le chien pour un homme, les poupées pour des gens, etc. Il ne peut pas non plus concevoir le sens d'un tableau. L'ouïe est affaibli des deux côtés, plus du côté gauche. L'odorat s'est affaibli. Point d'aphasie. Le malade souffre d'amnésie antérograde (et en partie rétrograde): depuis le début de sa maladie il ne se rappelle de rien ; de sa chambre le malade doit être reconduit, car malgré le séjour d'une demi-année à l'hôpital, il ne peut trouver lui-même, ni sa chambre, ni son lit. Le malade n'est pas gaucher.

La particularité de ces cas consiste dans la lésion de l'hémisphère droit (ordinairement l'alexie isolée correspond à une lésion de l'hémisphère gauche), malgré que les deux malades ne sont pas des gauchers. L'auteur s'associe à l'opinion de ceux qui pensent que nous lisons avec les deux hémisphères. La particularité du cas II consiste dans l'amnésie antérograde comme symptôme d'une lésion en foyer, identique au trouble d'orientation, décrit par d'autres auteurs. L'alexie dans le cas II est aussi particulière, elle provient non pas de ce que la voie optique est rompue, mais elle est due seulement à la diminution de la durée de l'impression. Une alexie de ce genre a été décrite par Grashey (le malade pouvait lire le mot s'il l'avait devant ses yeux en entier ; mais si on le faisait lire ce même mot par syllabes et qu'il ne voyait qu'une seule lettre et puis une autre, alors il ne pouvait plus lire ce mot.

DISCUSSIONS.

Dr Mouravieff trouve que l'explication présentée par l'auteur sur l'origine de l'alexie dans ses cas ne s'accorde pas avec la manière de voir clinique et anatomique généralement adoptée.

N'y avait-il pas dans ces cas quelque chose de plus simple, comme par exemple, un trouble dans l'appareil oculomoteur commun ?

Séance du 15 février 1902.

Dr N.-P. POSTOVSKY. *Sur le diagnostic des psychoses syphilitiques.*

Se basant sur deux observations, le rapporteur note les particularité suivantes des psychoses syphilitiques : 1. Trouble de conscience en forme d'accès de sommeil pathologique, différent du sommeil normal par l'inclination du malade à s'endormir de nouveau tout de suite après le réveil. 2. Affaiblissement des capacités intellectuelles, se manifestant par une lenteur particulière dans les opérations mentales, une amnésie, surtout pour les faits courants et récents et par un affaiblissement du sens moral ; cet affaiblissement est d'une telle intensité qu'il est propre seulement aux psychoses organiques. 3. Cours de maladie, caractérisé par l'inconstance de symptômes dans la période primordiale de la maladie et par l'échange subit tantôt des accerbations, tantôt des rémissions. 4. Présence des troubles nerveux spéciaux pour les lésions syphilitiques (céphalalgies, analgésies cutanées, états épileptiques équivalents). 5. Présence des lésions syphilitiques cutanées. 6. Influence favorable de la thérapie spécifique. L'auteur signale ses cas par le nom de démence stupeureuse syphilitique. Cette forme morbide doit être différenciée de l'amentia stupeureuse et de la démence précoce para-hérédo-syphilitique, qui dans son cours présente des phénomènes précoce et qui peut apparaître comme l'un des chaînons terminaux de la longue série des formes morbides provenant de la syphilis.

DISCUSSIONS.

Dr B. SÉMIDALOFF et le Dr V. WEIDENGAMMER se basant sur la connaissance personnelle des malades en question, ne peuvent pas être d'accord avec le diagnostic du rapporteur.

Dr A. BERNSTEIN trouve que le rapporteur fait une erreur méthodologique en élevant ses cas d'après le critérium, qui lui-même est élevé de ces cas.

Dr W. SERBSKY ne voit pas de raison d'attribuer la cause de la lésion donnée à la syphilis, car un symptomocomplexus pareil est aussi possible sans l'existence de la syphilis.

Les docteurs S. SOUKHANOFF, A. POPOFF et V. VOROBIEFF et S. STEINBERG ont pris part aux débats.

2. Dr S. STEINBERG. Sur la construction et les plans de l'asile psychiatrique du Zemstro du gouvernement de Saratoff.

A. BERNSTEIN. CH. BUSCH.

S. SOKUHANOFF. *Réseau endocellulaire de Golgi dans les éléments nerveux de la moelle épinière.*

Le procédé GOLGI-VERATTI permet de révéler dans les cellules de la moelle épinière l'existence d'un réseau intracellulaire particulier. Les morceaux de la moelle épinière doivent être placés pour la fixation dans le liquide de VERATTI (2 parties de solution de bichromate de potassium à 5 p. 100 ; 2 parties de solution de chlorure de platine et de potassium à 1 p. 1000 ; 1-1 1/2-2 parties de solution d'acide osmique à 1 p. 100). Les préparations les mieux réussies ont été obtenues chez les jeunes cobayes de trois et cinq mois. Mais avant de placer les fragments de la moelle épinière dans le liquide fixateur formulé ci-dessus, les tronçons de moelle étaient partagés par une section longitudinale en deux parties, une antérieure et une postérieure. Les meilleures préparations étaient obtenues après un séjour dans le liquide de VERATTI de vingt à trente jours. En suite, les petits fragmentsde moelle étaient portés dans un mélange de bichromate de potassium (3 parties de solution de bichromate de potasse à 5 p. 100) et de sulfate de cuivre (1 partie de solution de sulfate de cuivre à 5 p. 100) pour deux, deux et demi, trois jours et d'ici ils étaient transportés dans une solution de nitrate d'argent (à 1 p. 100) pour y rester environ quarante-huit heures. Les coupes des morceaux, traités de cette manière, faites au microtome étaient obtenues longitudinales. Le réseau endocellulaire s'obtient plus difficilement dans les cellules de la moelle epinière que dans les cellules des ganglions spinaux.

L'aspect externe du réseau intra-cellulaire de Golgi, inclus en dedans des cellules spinales, présente beaucoup de variétés dans les grosses cellules motrices ce réseau a une structure plus compliquée, plus parfaite; il est constitué ici par des filaments ayant, pour la plupart, des contours irréguliers, tantôt plus fins, tantôt plus gros, traversant le corps cellulaire dans des directions diverses; ces filaments forment des mailles et donnent souvent des épaississements. Ces mailles, souvent allongées dans un sens, ont leur grand axe, parallèle au bord du corps cellulaire, et auprès de la base des dendrites ou dans les dendrites elles-mêmes il est parallèle à l'axe longitudinal de ces dernières.

Le réseau endocellulaire pousse des rejetons qui se dirigent dans les dendrites; parfois on peut suivre une telle dendrite sur un assez long trajet; assez souvent on peut voir que plusieurs rejetons 3-4 par exemple, se dirigent dans la même dendrite. Parfois le réseau est formé comme un peloton embrouillé. Le réseau en question est indubitablement endocellulaire ; il n'atteint pas la périphérie du corps cellulaire, mais à la suite de l'absence de l'espace péricellulaire les contours du corps cellulaire ne sont pas nets et distincts. Mais si l'espace péricellulaire apparaît, alors on n'obtient

pas du tout de réseau endocellulaire. Dans la région du noyau cellulaire le réseau se raréfie; il ne semble pas avoir de relation avec le noyau; l'aspect du réseau dépend de la forme du corps cellulaire; ainsi, par exemple, dans les cellules spinales fusiformes le réseau a l'aspect fusiforme dans son ensemble; dans les cellules rondes, le réseau a l'aspect correspondant, etc. Dans les petites cellules spinales le réseau affecte une telle simplicité qu'on ne peut même pas parler ici d'un réseau. Dans quelques-unes des petites cellules fusiformes les rejetons du réseau endocellulaire, entrant dans la dentrite, pouvaient être poursuivis sur une étendue plus ou moins longue, et alors on pouvait voir de quelle manière se dichotomisent ces rejetons, inclus dans la dendrite lorsque cette dernière se bifurque en deux ou plusieurs petits prolongements protoplasmatiques. Sur l'une des préparations on pouvait voir comment dans la dendrite d'une cellule fusiforme menue passent parallèlement deux rejetons. partant du réseau endocellulaire, par places s'unissant entre eux et ensuite se dichotomisant dans l'endroit où se fait, à ce qu'il paraît, la bifurcation de la dendrite. En ce qui concerne la signification de ce réseau, ici aussi, comme dans les travaux précédents sur cette question, l'auteur pense que ce réseau n'a pas de rapport avec les voies dites conductrices de la cellule nerveuse; il présente seulement un système particulier, inclus dans la cellule et pénétrant dans ses dendrites; il est difficile pour le moment de dire quelque chose de défini sur la signification de ce réseau.

Le Dr Minor et le Dr Mouravieff ont proposé plusieurs questions au rapporteur. V. Mouravieff. S. Soukhanoff.

NÉCROLOGIE.

Le Dr A.-M.-C. FEBVRÉ

Le Dr Febvré (Alphonse-Marie-Camille), médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, est décédé le 6 janvier 1903 à l'asile de Ville-Evrard, après quelques mois de maladie. Il était dans sa cinquantième année. Originaire de la Lorraine annexée, Febvré avait été successivement interne à l'asile de Maréville (1879), puis médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues (Vaucluse), où le dévouement dont il fit preuve au cours d'une épidémie cholérique lui valut une médaille d'or. Appelé à l'asile de Ville-Evrard dans les premiers mois de 1887, en qualité de médecin-adjoint, Febvré

fut nommé, moins d'une année après (1888) médecin en chef et chargé des divisions des femmes à l'asile et au pensionnat. Durant les seize années qu'il a passées à Ville-Evrard, Febvré a eu le mérite de provoquer bien des réformes destinées à améliorer le sort de ses malades. Ses travaux sur les questions médico-administratives ayant trait à l'assistance des aliénées, ses recherches cliniques, ses publications portant sur la thérapeutique des maladies mentales protègeront sa mémoire contre l'oubli. Son nom restera toujours attaché à l'importante question de l'intervention chirurgicale chez les aliénées. Avec son ami, le Dr Picqué, Febvré a lutté sans répit afin de faire bénéficier les personnes atteintes de maladies mentales des progrès de la chirurgie contemporaine et plus particulièrement de la gynécologie. Ce n'est pas sans une profonde tristesse qu'on a appris la fin prématurée de l'aliéniste modeste et consciencieux, du médecin dévoué, du collègue serviable et sympathique que fut Febvré.

Febvré a fait un certain nombre de communications à la Société médico-psychologique dont il était membre titulaire, à la Société de chirurgie; il a publié divers travaux dans les *Archives de neurologie*, le *Progrès médical*. Nous citerons les plus importants de ses mémoires : *Contribution à l'étude du délire d'origine sympathique* (avec le Dr Picqué), *Annales médico-psychologiques*, janvier 1893; — *Du rôle de l'intervention chirurgicale et en particulier des opérations gynécologiques dans certaines formes d'aliénation mentale* (avec le Dr Picqué), communication faite à la Société de chirurgie, le 29 mars 1899; — *Du rôle de l'hygiène et de la gynécologie dans les services de femmes aliénées* (avec le Dr Picqué) Congrès des aliénistes de Marseille, 1899; — *Observation de folie sympathique* (avec le Dr Picqué), Société médico-psychologique, séance du 26 décembre 1898; — *Rapport sur les asiles unisexués*, sur la *Société de patronage des aliénés* (commission mixte du Conseil général de la Seine); une communication sur l'*Open-door*, Société médico-psychologique, 1897; — sur un *Nouvel appareil pour l'alimentation artificielle*. Revue de psychiatrie, 1897. Il serait injuste enfin de ne pas mentionner les *Rapports annuels* de Febvré au préfet de la Seine. Ces rapports, qui sont un modèle, témoignent de sa préoccupation constante d'améliorer le sort des malades et de sa connaissance profonde des questions d'assistance des aliénées.

P. SERIEUX.

Dans la séance du 13 janvier de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, le président, M. Atthalin, a rappelé en termes éloquents la vie médico-administrative de Febvré. Il a terminé ainsi :

« L'existence professionnelle du docteur Febvré, a-t-il dit, s'est passée dans un constant souci d'améliorer le sort des aliénés. Très

bienveillant pour le personnel, on le voyait insister encore, dans son rapport de 1899, sur le caractère de la tâche des infirmiers et infirmières et apprécier comme réduits à une trop étroite mesure les repos qui leur sont accordés en regard des agents des ateliers et des services généraux astreints à une durée de travail plus limitée. Enfin, la visite de son service, toujours admirablement tenu, vous donnait lieu de découvrir, chaque année, quelque innovation intéressante. Je citerai seulement, parmi celles-ci, la création de l'appentis pour les gâteuses, si remarquée par la Commission, et signalée comme modèle par notre excellent collègue le Dr Thulié.

« Aujourd'hui Febvré est parti d'entre nous, pour venir s'étendre dans le champ du repos. Il a eu, si l'image de la mort s'est offerte à ses yeux perdus dans les derniers brouillards, la consolation suprême de mesurer le chemin parcouru, la dette payée par l'homme éphémère à l'éternelle humanité, et de s'endormir ainsi que font, au soir, les ouvriers des rudes labeurs. Ce n'est pas seulement à la maison de Ville-Évrard, devenue pour lui un second foyer, ce n'est pas seulement dans le corps médical auquel nous sommes si intimement liés par notre mandat, que la mémoire du docteur Febvré restera fidèlement conservée ; nous gardons ici, avec l'évocation de cet expressif et loyal visage, l'impression du devoir social supérieurement accompli. »

BIBLIOGRAPHIE.

VIII. *Rapport sur l'asile d'aliénés d'Auxerre* pour l'année 1901 ; par le Dr Journiac, médecin-directeur.

La population de l'asile était de 635 malades le 1er janvier 1901, de 764 au 31 décembre, dans laquelle figurent 105 aliénés de la Seine (59 H. et 46 F.). Pensionnat, 107. Sorties, 62, dont 29 par guérison, 21 par amélioration, 5 par évasion. Les décès ont été de 78 (39 H. et 38 F.), Recettes, 419.878 ; dépenses, 359.726. Dans les recettes figurent 59.000 fr. provenant des aliénés de la Seine. Parmi les dépenses, relevons une subvention de 100 francs pour l'*Association des médecins-aliénistes*, qui devrait être inscrite au budget de tous les asiles, une pension de repos de 350 francs et une somme de 1.500 francs pour le relèvement des salaires du personnel secondaire. Le prix de journée des indigents est de 1 fr. 198.

M. Journiac donne des détails intéressants sur le fonctionnement de la lingerie, etc. Il voudrait « que les chefs de quartier aient un

approvisionnement de linge toujours fixe, et dont ils auraient à répondre. » « Le cordonnier a soixante-dix-huit ans, ne sait ni lire, ni écrire et se trouve forcé d'avoir recours à un malade pour tenir la petite comptabilité qui lui incombe... L'atelier de tailleur ne répond pas suffisamment à nos besoins, son chef qui approche de quatre-vingts ans n'a plus l'énergie indispensable à sa fonction. » D'où la nécessité de ne pas hésiter à créer des pensions de repos. L'asile bénéficierait du remplacement de ces vieux serviteurs par des chefs d'atelier jeunes et actifs. La buanderie, la cuisine, la serre sont insuffisantes et malpropres, ainsi que nous l'avons constaté dans notre visite, le 13 août dernier.

« Mon attention, dit M. Journiac, a été appelée sur le mode de distribution des eaux par l'apparition de trois cas de fièvre typhoïde, et j'ai paré au plus pressé en supprimant les points où les eaux de la ville et celles de Sainte-Marguerite pouvaient se trouver en contact [1]. » Il y aurait intérêt à consigner dans tous les rapports de ce genre, la nature de l'eau donnée aux malades, et à procéder de temps en temps à des analyses chimiques et bactériologiques.

Le service hydrothérapique est défectueux, surtout par suite de la répartition des appareils dans trois salles plus ou moins exiguës, au lieu d'une seule salle vaste. Cabinets à la turque, fosses fixes ou tinettes mobiles. Utilisation à la colonie du Verger. Chaise percée, entourée de rideaux, la nuit, dans les dortoirs. C'est moins défectueux que les baquets ; mieux vaudraient des cabinets intérieurs.

Avant 1890, le médecin-directeur, le Dr Rousseau, donnait assez souvent des *congés d'essai* et des *permissions de sortie*. M. Lapointe, non; M. Journiac, qui n'est à Auxerre que depuis dix-huit mois, en a donné quelquefois.

Le pensionnat ne procure pas les bénéfices qu'on en espérait. On est en train de le gâter — comme nous l'avons vu pour celui de Saint-Robert — en obstruant la vue qu'avaient les pensionnaires de leur jardin, par la construction de deux pavillons d'isolement. Il est surprenant que ni le médecin de l'époque, ni la Commission de surveillance, ni les inspecteurs, n'aient pas protesté... à moins qu'on ne les ait pas consultés du tout.

Aux cellules, dont celles de l'Asile clinique sont une copie, nous avons vu, dans le couloir, des chaises pleines, en bois, très épaisses, très lourdes.

Le service médical comprend : 1 médecin directeur, 1 médecin adjoint, 1 interne ; — le personnel secondaire : 25 surveillants et

[1] L'asile est alimenté par la source de Sainte-Marguerite qui paraît avoir été polluée par des infiltrations superficielles et par un ru en communication avec la nappe souterraine? De plus, l'asile reçoit de l'eau de la ville, contaminée (Fièvres typhoïdes fréquentes à Auxerre).

infirmiers pour 309 aliénés dont 309 indigents ; 24 surveillantes et infirmières pour 308 aliénées dont 257 indigentes ; à la *colonie*, pour 39 malades, il y a 1 chef de culture, 1 basse-courière, 3 surveillants ou gardiens, 1 charretier et 1 reposant.

Les aliénés dits criminels et dangereux sont au nombre de 29 (22 hommes et 7 femmes), dont 2 assassins, 4 tentatives d'assassinat, 1 incendiaire, 2 attentats aux mœurs, les autres : voies de fait, menaces, vagabondage, etc.

L'asile primitif daterait de 1839. Il a été confié à des *laïques*. Il a été reconstruit en 1859. Il passait alors pour un asile modèle et en harmonie avec sa population (450 pensionnaires). B.

IX. *Rapport sur l'exercice* 1901 *de l'asile départemental de l'Allier* ; par le Dr Charon, médecin directeur.

Le 1er janvier 1901, on comptait 557 malades (282 H. et 275 F.), dont 17 cas de *folie alcoolique*. Les admissions dans l'année ont été de 159 (92 H. et 67 F.), les sorties de 84 (46 H. et 37 F.), les décès de 61 (44 H. et 17 F.). Il restait, le 31 décembre, 572 malades (284 H. et 288 F.). « Dans les admissions figurent 14 malades de la Seine. En 1891, il y a eu 116 admissions ; en 1901, 159. « Si on défalque les 12 aliénés de la Seine venant d'Ainay-le-Château, des 159 admissions, on obtient 147, chiffre sensiblement égal à celui des années précédentes. Les cas d'aliénation mentale paraissent donc être à peu près stationnaires dans l'Allier, depuis cinq ans tout au moins. »

Parmi les malades admis pour la première fois, figurent 22 idiots et imbéciles (15 H. et 7 F.). Dans les sorties figurent 66 par guérison, 30 par amélioration, 11 par évasion. « Presque tous étaient améliorés et jouissaient, pour cette raison, d'une assez grande liberté, dont ils ont profité pour s'évader. »

Au sujet de la mortalité, 61 décès, M. Charon fait remarquer qu'il faut tenir compte, dans son appréciation, d'un fait particulier. De décembre 1900 à décembre 1901, il est entré à l'asile 16 malades venus de la colonie familiale d'Ainay-le-Château, dépendant du département de la Seine. Ces malades, tous âgés, sont arrivés, pour la plupart, dans un état d'affaiblissement très grand ; beaucoup sont morts peu après leur entrée. En effet, sur ces 16 entrées d'Ainay-le-Château, il y a eu 16 décès, soit la proportion énorme de 43,75 p. 100. Pour avoir donc une idée plus exacte de la mortalité à l'asile Sainte-Catherine, il est juste de défalquer ces malades du chiffre des décès et de considérer 54 décès sur une population traitée de 700 malades. Le pourcentage est alors plus faible et donne 7,71 p. 100.

12 des 61 décès sont dus à la *tuberculose* pulmonaire (9 H. et 3 F.). (Il y en avait eu 16 en 1900). « Tous nos efforts, écrit M. Charon,

tendent à améliorer cette situation, et depuis notre arrivée à l'asile Sainte-Catherine, en juillet 1901, nous avons mis en œuvre autant que le permettent l'insuffisance et l'exiguité des locaux, tous les moyens propres à combattre l'extension du fléau. Des pancartes interdisant de cracher à terre, des crachoirs en nombre suffisant ont été placés dans tous les quartiers ; le balayage humide des salles est pratiqué tous les jours. Les aliénés tuberculeux sont, sinon isolés dans un quartier spécial, comme cela serait désirable, mais actuellement irréalisable, du moins placés dans des chambres particulières, à l'écart des autres malades qu'ils peuvent ainsi plus difficilement contaminer. Leur linge est mis de côté et plongé dans des solutions antiseptiques avant d'être envoyé au blanchissage ; enfin, après le décès de chaque tuberculeux, leur chambre est soigneusement désinfectée par les vapeurs de formol. Cet ensemble de mesures hygiéniques, bien qu'on ne puisse en juger par le trop court espace de temps écoulé depuis leur emploi, paraît avoir donné des résultats très favorables ; deux nouveaux cas de tuberculose ont été seulement constatés depuis près d'un an. Il est à espérer que cette mortalité se restreindra encore. »

M. le Dr Charon a bien voulu nous fournir quelques renseignements complémentaires. Depuis son arrivée à l'asile de Sainte-Catherine, 1er juillet 1901, jusqu'au 30 juin 1902, il a accordé 12 *congés d'essai* (4 H. et 8 F.), 41 *permissions de sorties* (26 H. et 15 F.), variant de quelques heures à plusieurs jours. Il n'a observé aucun inconvénient à cette pratique, ce qui vient à l'appui de ce qui se fait dans les asiles de la Seine et ailleurs.

Le personnel secondaire (infirmiers, infirmières et ouvriers) comprend 54 H. et 35 F., total 89. Au cours de 1901, il y a eu 69 sorties et 72 entrées. « Ce mouvement considérable, dit M. Charron, correspond aux premiers temps de mon administration, pendant lesquels j'ai cru devoir *remplacer* le personnel presque tout entier. Les mutations, malgré la faible moyenne du personnel, seront beaucoup moins nombreuses cette année. »

Jusqu'au 1er janvier 1902, les frais de culte dépassaient 2,000 fr. par an, par suite de la présence d'un aumônier dans l'établissement ; soit, pour 1901 :

Traitement de l'aumônier	1.500 fr. »»
Avantages en nature.	150 »»
Frais de culte (chapelle, etc.). . . .	452 39
Total . . .	2.102 fr. 39

L'exemple donné par le Conseil général de l'Allier devrait être suivi par tous les Conseils généraux qui ont un asile public. Par ses inspecteurs généraux et par ses préfets, M. Combes, président du Conseil, pourrait intervenir utilement. Nous rappellerons, à cette

occasion, que les asiles de la Seine n'ont plus d'aumônier, et que l'asile de Villejuif et l'asile de la Maison Blanche n'ont pas de chapelle. BOURNEVILLE.

X. *La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste;* par J. MOREL (Rapport in-8°. Amsterdam, 1901).

A la suite du Congrès d'anthropologie criminelle de 1893, l'auteur a été chargé de cette question pour le Congrès de 1901 dans lequel il résume les opinions de tous les criminalistes, jurisconsultes et psychiâtres ayant pris part aux débats. La définition du criminel incorrigible est difficile à fixer. Celle de M. Morel est la suivante : « Un individu né dans des conditions spéciales, ou devenu victime après sa naissance d'un processus morbide ou d'un défaut d'adjuvants dans ses premières années et qui conséquemment n'a pas atteint le développement psychique indispensable à l'homme normal. Il faut donc que les autorités veillent sur ces arriérés pour les soustraire à leurs milieux corrompus et à leurs parents. Que ceux qui se sont fait remarquer soient l'objet d'un rapport spécial remis à l'autorité administrative et même judiciaire. Qu'on les place dès qu'on pourra dans des *Instituts médico-pédagogiques* [1] spécialement organisés, dans lesquels les parents pourraient au besoin faire placer spontanément leurs enfants dont le défaut de développement moral les inquiéteraient. F. B.

XI. *La gymnastique de chambre sans appareils,* avec 32 figures explicatives. par le Dr de FRUMERIE (Paris 1902, Maloine éditeur).

Dans cet ouvrage, M. de Frumerie s'est proposé de vulgariser un certain nombre de mouvements raisonnés de gymnastique de chambre, que chacun peut exécuter chez lui, seul et sans appareils, dans un but thérapeutique ou simplement comme exercice hygiénique.

Après quelques courtes considérations sur le bénéfice que l'on peut tirer d'une pratique méthodique de la gymnastique de chambre, sur la distinction du but des mouvements, sur leur sélection. et sur les précautions préliminaires que comporte cette gymnastique, l'auteur décrit d'abord les attitudes à prendre, ce que l'on pourrait appeler les positions initiales, ensuite les divers mouvements réglés à exécuter dans ces différentes attitudes plus ou moins combinées les unes avec les autres.

La partie consacrée aux mouvements est naturellement beaucoup plus étendue que la précédente, car ces mouvements sont nombreux, variés, et l'auteur, après les avoir décrits, indique pour

[1] Ce mot, ainsi que ceux de *Traitement médico-pédagogique*, ont été créés par Bourneville.

chacun d'eux son effet physiologique et son dosage convenable. La terminologie, empruntée à la gymnastique suédoise et traduite littéralement en français, surprend quelque peu le lecteur au premier abord; mais le tout n'est que de s'entendre, comme dit le proverbe, et grâce aux nombreuses figures qui accompagnent le texte, l'entente n'est ni longue ni difficile. L'ouvrage se termine par quelques pages consacrées à la marche méthodique, puis à des remarques générales sur l'application de la gymnastique de chambre, et enfin par une sorte de table d'ordonnances ou d'indications des mouvements plus particulièrement appropriés à un certain nombre d'affections courantes. Ce petit livre pourra avantageusement être utilisé par le médecin et par le client. Le premier y trouvera des renseignements qui pourront, surtout s'il n'est pas familier avec les pratiques de la gymnastique, lui être d'une grande aide pour choisir et formuler les exercices de gymnastique de chambre applicables dans tel ou tel cas particulier, soin qu'il doit toujours se réserver; et le second s'en servira avec profit pour se diriger dans l'exécution correcte et méthodique de ceux de ces exercices qui lui auront été conseillés par son médecin.

Ch. H. Petit-Vendol.

VARIA.

Troisième congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée.

Ce Congrès organisé sous le patronage du Comité national, dont le Président d'honneur est M. le Dr Théophile Roussel, sénateur et le Président M. Casimir-Périer, ancien Président de la République, se tiendra à Bordeaux pendant les vacances de la *Pentecôte*, du 1er au 7 juin 1903. Une commision locale d'organisation vient d'être créée ayant à sa tête comme Président d'honneur M. le Dr Lande, maire de Bordeaux et comme Président M. Bayssellance, ancien maire de Bordeaux.

Les questions suivantes qui feront l'objet de rapports imprimés et distribués par avance, seront discutées dans les assemblées générales : Première question. — *Assistance publique: des moyens pratiques d'établir un lien permanent entre l'assistance publique et la bienfaisance privée*. Deuxième question. — *Assistance et éducation des enfants anormaux (arriérés, bègues, sourds-muets, aveugles, épileptiques et autres)*. Troisième question. — *Instruction professionnelle et situation du personnel secondaire des hôpitaux*. Quatrième question. — *Organisation de l'assistance aux valides trop âgés pour trou-*

ver du travail, sans l'être assez pour participer aux secours publics.

Les sections à leur tour discuteront plus particulièrement dans leurs séances respectives les questions suivantes : **Première Section** : ENFANTS ET ADOLESCENTS. — 1° *Patronage des nourrissons*; 2° *Colonies de vacances*; 3° *Ecoles de préservation pour les enfants indisciplinés ou en danger moral ou confiés par les Tribunaux à l'Assistance publique en vertu de la loi de* 1898. *Tentatives et progrès depuis* 1900. **Deuxième Section** : ADULTES VALIDES ET MALADES. — (Assistance médicale, visite des pauvres, assistance par le travail.) 1° *Œuvres d'assistance matérielle et morale aux militaires et marins sous les drapeaux et au moment de leur libération*; 2° *Efficacité des secours à domicile aux familles nombreuses*, **Troisième Section** : VIEILLARDS, INFIRMES ET INCURABLES, ALIÉNÉS. — 1° *Assistance aux mutilés, notamment aux victimes d'accidents du travail bénéficiaires d'une loi récente*; 2° *Patronage des aliénés convalescents et guéris*.

Des visites aux établissements hospitaliers et charitables, publics et privés, de la région, compléteront le programme de cet important congrès. Les adhésions et cotisations (20 francs), sont reçues dès maintenant chez M. le Dr E. Régis, secrétaire général du congrès, 164, rue Saint-Sernin, à Bordeaux.

ASILES D'ALIÉNÉS : CONCOURS DE L'ADJUVAT. — ERRATA.

Nous avons inséré dans notre numéro de janvier dernier (p. 116) les résultats du dernier concours, tels qu'ils nous avaient été fournis. La note ne donnait aucun renseignement sur les *épreuves cliniques*. Or, ces épreuves ont eu lieu à l'Asile clinique, chaque jour, pendant une semaine. Cette épreuve fondamentale consistait en l'examen de *deux aliénés*; une demi-heure d'examen, une demi-heure d'exposition. Ajoutons qu'il existe aussi une *épreuve sur titres* dont la cote avait été donnée avant la correction de toute épreuve écrite (Voir le texte de l'arrêté relatif à ce concours dans le n° de juillet 1902 des *Archives* (p. 70).

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'INTERNE EN MÉDECINE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE CLERMONT (OISE).

Le concours sera ouvert à neuf heures précises à l'asile de Clermont, le jeudi 5 mars 1903. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à l'asile de Clermont, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de neuf heures à midi et de deux heures à cinq heures du soir, du 10 février au 1er mars.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir : Pourront prendre part au concours tous les étudiants en médecine ayant moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours. Ils devront remplir les conditions suivantes : 1° Etre Fran-

çais et avoir satisfait à la loi de recrutement (acte de naissance, livret militaire) ; 2° Avoir seize inscriptions (certificat de la Faculté) ; 3° Produire un certificat de bonne vie et mœurs. — N. B. Si le nombre des candidats le permet, le 3° et le 4° pourront être désignés, dans l'ordre du classement, pour être titularisés en cas de vacances ultérieures.

Epreuves du concours. — Le concours portera sur les matières suivantes : 1° *Epreuves d'admissibilité.* — Epreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie ; — 2° *Epreuve définitive.* Epreuve orale de quinze minutes, après dix minutes de réflexion sur la pathologie interne, la pathologie externe et la petite chirurgie. — *Le maximum des points à accorder pour chaque est* : pour l'épreuve écrite : 30 points ; pour l'épreuve orale : 20 points.

Avantages attachés à la fonction. — Les internes recevront le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et un traitement annuel de 800 francs. La durée de l'internat est de trois ans. Les internes pourront passer leurs thèses dans cet intervalle sans être obligés de renoncer à leurs fonctions. — Fait à Clermont, le 31 janvier 1903. — Le directeur de l'asile, Lesvier.

Ce concours est annoncé trop tardivement pour attirer les candidats en nombre.

British medical Association. — Congrès annuel

Section de méd. psychologique. (*British med. Jour.*, 30 août 1902.)

La section a entendu un exposé du Dr G.-W. Mould président, sur les progrès modernes de l'hospitalisation et de la thérapeutique des aliénés. Discussion générale entre MM. Bucknill, Hack Tuke Maudsley et Cr. Brown. La victoire est restée sans contredit au cottage system et aux asiles pavillonnaires dont le Cheadle-Royal Asilum de Manchester fut le premier type érigé en 1862. — Sir John Sibbald a parlé ensuite des soins à donner aux malades mentaux hors l'asile fermé. Ce dernier imprime, quelle que soit sa perfection, un stigmate particulier à ceux qui y ont passé ; aussi doit-on ériger à côté des établissements de ce genre des cliniques ouvertes où ces malades, dès le début et les premiers signes de maladie, puissent être traités durant un temps plus ou moins long, voire même comme traitement externe par consultation ouverte. Ces institutions cliniques spéciales seraient outillées selon les dernières données de la thérapeutique contemporaine (alitement, observation continue) et confiées à la direction d'aliénistes de carrière. Sir John Sibbald cite comme type du genre l'hôpital spécial du Dr Pontopidan, à Copenhague, datant déjà de plus de trente ans. L'intérêt de l'enseignement se trouve là concilié avec celui des malades. Cette communication a servi de base aux décisions de la section. A. M.

UNE IDIOTE A L'ÉTAT SAUVAGE

Sous ce titre : *Un être mystérieux*, la *Petite Gironde* du 25 septembre raconte l'histoire bizarre qui suit :

Depuis quelque temps, les habitants de la paisible cité d'Oron, dans le canton de Vaud, passaient par des transes épouvantables. Toutes leurs nuits étaient troublées par les promenades d'un fantôme, un véritable fantôme, affirmait-on, et non pas les gamineries d'un sinistre farceur. Plusieurs personnes voulurent en avoir le cœur net et proposèrent une expédition nocturne pour éclaircir ce mystère, mais la majorité des habitants s'y opposa, en disant qu'il fallait laisser le fantôme subir les tourments auxquels il avait été condamné. Si on interrompait ses promenades, un désastre épouvantable ne manquerait pas de s'abattre sur la région.

Or, hier, un simple gendarme, en faisant sa tournée, se trouva dans un bois face à face avec le fantôme, et grande fut la stupéfaction du brave Pandore en constatant que le spectre était une jeune fille, âgée d'une quinzaine d'années, *muette* et *idiote*. Elle n'avait sur elle pour tout vêtement qu'un morceau de toile dont on fait les sacs; sa chevelure, toute embroussaillée, retombait sur ses épaules. La plante des pieds est formée d'une corne épaisse, et la malheureuse, retournée presque à l'état sauvage, rampe et marche à quatre pattes comme un animal. On ignore d'où elle vient, et on ne possède aucun renseignement sur son identité.

Ce cas rappelle celui du *Sauvage* de l'*Aveyron*, qui a fait l'objet de deux mémoires remarquables d'Itard, que nous avons réimprimés dans notre *Bibliothèque d'éducation spéciale*. La publication de l'histoire de cette idiote ne manquerait sans doute pas d'intérêt. B.

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. *Nominations et promotions*. Mouvement de janvier 1903. — M. le Dr COSTA, médecin-adjoint à l'asile de Marseille, nommé médecin-inspecteur du service des aliénés du département des Alpes-Maritimes, est maintenu dans ses fonctions de médecin-adjoiut et conserve son rang pour être nommé, ultérieurement, médecin en chef. M. le Dr ALLAMAN, médecin-adjoint à Blois, nommé médecin-adjoint à Marseille, en remplacement de M. le Dr Costa. M. le Dr MERCIER, reçu le premier au concours d'adjuvat, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var),

en remplacement de M. le Dr Pélissier, nommé à Marseille. M. le Dr Marchand, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord), nommé médecin-adjoint à l'asile de Blois, en remplacement de M. le Dr Allaman, nommé à Marseille. M. le Dr Bécue, médecin-adjoint à l'asile de Rafond (Charente-Inférieure), nommé à l'asile de Bailleul en remplacement de M. le Dr Marchand nommé à Blois. M. le Dr Capgras, second du concours d'adjuvat, nommé médecin-adjoint à l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), en remplacement du Dr Bécue, nommé à Bailleul. M. le Dr Bonne, médecin-adjoint à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), nommé à la première classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. Raoul, directeur de l'asile d'aliénés de Bron (Rhône) ; M. Rémond, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse (chaire des maladies mentales); M. Régis, chargé du cours à la Faculté de médecine de Bordeaux (chaire des maladies mentales). Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami et collaborateur Régis.

Revista Frenopatica española, organo cientifico del manicomio de son Baudilio de Llobregat, periodico mensual illustrado director : Dr Rodriguez-Morini. Nous venons de recevoir le premier numéro de cette Revue qui comble une lacune de la presse médicale espagnole.

Société d'études psychiques de Marseille. — Il est ouvert, par les soins de la *Société d'études psychiques* de Marseille (41, rue de Rome), une enquête scientifique sur les *stigmates* et généralement toutes marques ou particularités corporelles, attribuées, dans l'opinion populaire, à une influence de la pensée sur le corps. Pour l'étude d'une question qui intéresse tout le monde, la Société a cru pouvoir compter sur le concours du public.

Toute personne, mère de famille ou autre, en possession de documents intéressants sur le sujet, notamment de ces faits si courants d'influence supposée de l'esprit de la mère sur le corps de l'enfant à naître [1], est priée de vouloir bien les adresser à M. le Dr Goudard, vice-président de la Société, et président de la commission qui les étudiera et les classera pour en tirer les conclusions qu'ils comporteraient. Les personnes qui désireraient conserver l'anonymat sont prévenues qu'aucune publication ne sera faite avec les noms propres sans l'autorisation des auteurs.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales et nerveuses*, M. J. Voisin : jeudi à 10 heures.

[1] On trouvera de nombreux renseignements sur cette question dans la collection des *Compte-rendus du service des enfants* de Bicêtre.

Hôtel-Dieu. — M. G. Ballet a repris ses leçons cliniques (*Traitement des maladies nerveuses*), le *Dimanche 1er février*, à 10 heures (Amphithéâtre Trousseau), et les continue les dimanches suivants à la même heure. Consultation externe et policlinique, le samedi à 9 h. 1/2 (Salon de la Salle Sainte-Anne).

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses et mentales des enfants*; M. Bourneville, le samedi à 9 h. 1/2 très précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Alombert Goget (J.-G.). — *L'internement des aliénés criminels.* In-8° de 208 pages. J.-B Baillière, éditeur.

Chipault (A.). — *Etat actuel de la chirurgie nerveuse.* T. Ier. In-8° de 800 pages avec 230 figures. Paris 1902. Rueff éditeur. Prix : 25 francs.

Deny (G.) et Roy (P.). — *La démence précoce.* In-18 de 96 pages (Actualités médicales). Prix : 1 fr. 50; J.-B. Baillière, éditeur.

Jennings (Oscar). — *La guérison de la morphinomanie sans souffrance.* In-18 de 232 pages. Prix : 4 francs.

Grasset (J). — *Leçons de clinique médicale*, 4me série. 1 vol, in-8° de 756 pages. Librairie Masson et Cie, 120, Boulevard Saint-Germain. Prix : 12 francs.

Lafarque (Georges). — *La prétuberculose et le sanatorium de Banyuls-sur-Mer.* In-8° de 48 pages. Librairie C. Naud, 3 rue Racine Prix : 1 fr. 50

Martin Barr. — *Mental defectives : Their Classification and Training.* In-8° de 14 pages.

Méeus (Fr.). — *De la démence précoce chez les jeunes gens.* In-8° de 86 pagés. Gand, 1902. Vander Haegken, imprim.

Pieraccini (G.). — *La scrittura a specchio ed il centro moture grafico autonomo.* In-8° de 548 pages.

Renoult (Paul-Louis). — *Contribution à l'étude des rapports de l'idiotie et du rachitisme.* Librairie Jules Rousset, 1 vol. in-8°, de 84 pages. Prix : 2 fr. 50.

Rogues de Fursac (J). — *Manuel de Psychiatrie.* 1 vol. in 12 de 314 pages. Librairie Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Rumler. — *Les maladies sexuelles contagieuses ainsi que les principes fondamentaux de leur traitement.* In-8° de 96 pages. Genève. 1902.

Rumler. — *Cause, nature et guérison de la neurasthénie.* In-8 de 342 pages. Genève. 1902.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 2-1903.

Vol. XV. Avril 1903. N° 88.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Physio-psychologie des religieuses; les religieuses de Port-Royal.

(Cinquième série de cinq observations).

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ, professeur à l'Ecole de psychologie.

Observation I. Marguerite Dupré.

Etat général. — Lorsque, le 28 décembre 1651, Marguerite Dupré entra au monastère de Port-Royal, elle était « dans un état d'infirmité qui visiblement devoit durer toute sa vie[1]. » « J'étois sujette, écrit-elle, à de grandes migraines et à des maux d'estomac et de rein qui avoient beaucoup augmenté depuis deux ans[2]. »

L'abbesse de Port-Royal Jacqueline Arnauld la saigna, lui fit prendre divers remèdes, et, pendant un an, elle jouit d'une meilleure santé. Mais deux mois après sa profession, c'est-à-dire à la fin de février 1653 (la profession ayant lieu d'ordinaire un an après la prise d'habit), elle tomba gravement malade.

« Cette maladie, qui étoit toujours accompagnée de grandes fièvres, me dura une année toute entière et me mit à l'extrémité. L'année suivante, je jouis d'une santé passable, mais je ne tardai pas d'être de nouveau enveloppée d'infirmités à cause qu'il se formoit dans mon corps des abcès qui manquèrent de me donner la mort sur la fin de l'année 1657, ce qui a continué jusqu'au mois de janvier 1662[3]. » C'étaient des abcès de foie. En effet sa bio-

[1] Jérôme Besoigne, *Histoire de l'abbaye de Port-Royal*. A Cologne, aux dépens de la Compagnie. MDCCLII, t. II. 204

[2] *Vies intéressantes et édifiantes des religieuses de Port-Royal et de plusieurs personnes qui leur étaient attachées*, etc,. Aux dépens de la Compagnie. MDCCLI, II.

[3] *Vies*, II, 364.

graphe la sœur Angélique Arnauld d'Andilly nous apprend qu'elle avait, depuis plusieurs années, un « abcès dans le foie qui ne la laissoit jamais sans douleurs [1] ». « En ces quatre années (fin 1657 janvier 1662), continue Marguerite Dupré, j'ai été seize fois à l'extrémité et j'ai reçu deux fois les derniers Sacremens; pour ce que ces abcès se vuidoient de tems en tems, et il s'en formoit de nouveaux ou les mêmes se remplissoient: ce qu'il y a de certain c'est que pendant ce tems-là j'étois accablée de fièvres, de vomissemens et de coliques très violentes. Outre ces accidens, qui survenoient de tems en tems, j'étois dans de continuelles infirmités. La douleur de mon côté droit ne me donnoit aucune heure de relâche, et m'étoit le plus souvent presque insupportable. Je ne me pouvois plus tenir à genoux, ni debout, à cause des nerfs qui se tendant me faisoient faillir le cœur. L'humeur de mes abcès étoit si maligne que, quand elle s'épanchoit dessus les nerfs, ce qui arrivoit assez fréquemment, elle me rendoit comme paralytique. En un moment je demeurois sans pouvoir plus me remuer; de sorte qu'il me falloit me rapporter des lieux où j'étois. On me fit appliquer deux cautères aux bras; mais la malignité de l'humeur étoit si grande, que l'on fut contraint de les ôter, de peur que je ne devinsse impotente des deux bras, comme je commençois dejà, ne les pouvant plus étendre. Les coliques étoient fort fréquentes et le dégoût continuel, et quelquefois il étoit si grand que je vomissois tout ce que je prenois [2] ». « Les maux de cœur qu'elle avoit presque toujours, dit de son côté Angélique Arnauld d'Andilly, faisoient qu'elle avoit extrêmement besoin d'air et ne pouvoit vivre sans cela [3] ».

Quelques renseignements nous sont parvenus sur les complications qui survinrent pendant ces quatre années. « Au commencement de 1660, elle tomba dans une dangereuse maladie, dont elle revint cependant à force de remèdes, mais qui la laissa très affaiblie [4] ». « A la première signature des Religieuses, en 1661, elle tomba malade à l'extrémité de la douleur qu'elle ressentoit d'avoir été obligée de faire ce qu'elle avoit résolu de ne jamais faire, quoique cette signature se fit avec restriction [5] ». En effet, douze jours après la mort de Jacqueline Arnauld, c'est-à-dire le 18 août 1661, « je tombai, dit-elle, dans un de mes grands accidens, ayant la fièvre continue, accompagnée de rêveries, de vomissemens si grands, que l'on n'attendoit que la mort [6] ». A peine relevée, « je retombai

[1] *Vies*, II, 378.
[2] *Vies*, II, 364.
[3] *Vies*, II, 379.
[4] *Vies*, II, 373.
[5] Jérôme Besoigne, II, 204.
[6] *Vies*, II, 364-7.

malade d'une dissenterie à la fin de septembre, et l'on croyoit que je n'en reviendrois pas. Je relevai encore de cet accident; mais je continuai d'avoir les infirmités que j'ai dit m'être ordinaires et qui étoient causées par ces abcès. Au commencement de l'année 1662, mon mal s'augmentoit de jour en jour[1] ». Le médecin lui ordonna du vin émétique.

« Il lui prit en même tems de grandes peines d'esprit sur quelques péchés qu'elle croyoit avoir commis[2] », et, pour se faire pardonner une de ces fautes, elle commença une neuvaine le 16 janvier 1662. « Le lendemain 17, comme elle prioit devant un tableau de la mère Angélique[3] » (Jacqueline Arnauld), « il me vint en pensée, dit-elle, de la prier de m'obtenir du soulagement dans mes maux, seulement pour trois mois, et que ce me seroit une vraie marque que je n'avois pas offensé Dieu dans cette occasion que je craignois. En même tems je pris une petite croix rouge, qui étoit faite de celle qu'elle avoit portée, avec laquelle je fis trois signes de croix sur mon côté malade, la priant que, comme elle avoit autrefois demandé à Dieu de faire toutes les observances seulement pendant trois ans, elle m'obtint la même grâce pour un an, et que même les trois mois me suffiroient : je ne lui demandois pas d'être sans douleurs, mais qu'elles fussent telles que je pusse m'acquitter des observances, et qu'elles ne m'obligeassent point à me servir de remèdes. Dans le même tems je fus quitte de toutes mes infirmités et de toutes mes peines; et chaque jour de la neuvaine, je rentrai dans quelqu'une des observances dont j'étois exempte à cause de mes infirmités; tellement que le dernier jour j'étois dans tous les exercices de la Communauté, même au jeûne, et je n'eus plus besoin de tous les remèdes dont j'usois continuellement, et dont je ne pouvois me passer. Je les quittai tous; et depuis ce tems je n'en ai usé d'aucun, et n'ai manqué à aucune observance pour cause d'infirmité depuis le 17 janvier 1662... jusqu'au 27 mars. J'ai été trois mois dans une parfaite santé : au bout de ces trois mois les douleurs ont recommencé, mais avec tant de modération, comme j'en avois prié la mère Angélique, que je ne me suis plus servi de remèdes et que j'ai depuis assisté à toutes les observances[4] ».

Les dévots médecins de Port-Royal crurent à un miracle. Nous pouvons aujourd'hui nous rendre mieux compte des faits. Voici comment les phénomènes paraissent s'être succédé :

1° Un an environ après son entrée à Port-Royal, Marguerite Dupré, déjà souffrante d'algies diverses, est atteinte d'une maladie qui se manifeste par de grands accès de fièvre, et dure une année entière ;

[1] *Vies*, II. 364-7.

[2] et [3] Jérôme Besoigne, I, 476.

[4] *Vies*, I, 367.

2° Après une autre année de santé passable, il se forme chez elle des abcès du foie, dont elle nous décrit la marche inégale, les alternatives de reprise et de rémission, la douleur fixe et violente qui, sous peine de syncope, condamne les malades à l'immobilité dans le décubitus dorsal, l'inappétence absolue, les nausées, les vomissements, la fièvre, les rêvasseries des paroxysmes. A ces symptômes s'ajoutent des attaques soudaines de paralysie et des contractures en flexion des bras qui, rapprochés des migraines et des « maux d'estomac et de rein » de notre religieuse, nous permettent de porter le diagnostic d'hystéro-neurasthénie.

3° L'hépatite suppurée présente avec la dysenterie des affinités si intimes qu'Annesley a proposé d'introduire dans la nomenclature la *dysenterie hépatique*. Cette maladie s'observe non seulement dans les pays chauds mais aussi dans nos climats, où elle peut donner lieu, comme l'a montré Netter, à de grands abcès. Bien que la maladie dont Marguerite Dupré fut atteinte en février 1653, paraisse être la malaria, maladie endémique au monastère de Port-Royal, à cause des étangs peuplés de moustiques qui l'entouraient, il est probable que l'agent de la dysenterie joua un rôle dans l'hépatite suppurée de cette religieuse, et que c'est à lui qu'il faut attribuer surtout les vomissements répétés et les coliques « fort fréquentes » et « très violentes » qu'elle nous signale. Quoi qu'il en soit, à la suite d'un paroxysme occasionné par une émotion dépressive (signature du formulaire), la dysenterie, maladie également endémique à Port-Royal, se déclare chez Marguerite Dupré.

4° Elle s'accompagne d'angoisses morales, dues vraisemblablement à une légère altération des neurones corticaux provoquée par elle, et la malade est ainsi conduite à faire une neuvaine, au cours de laquelle elle demande le soulagement de ses maux pendant trois mois.

5° L'hépatite suppurée procède par poussées congestives interrompues par des rémissions trompeuses. Il se peut donc qu'il n'y ait eu qu'une simple coïncidence entre la prière en question et l'une de ces rémissions. Mais il se peut aussi que celle-ci se soit produite par autosuggestion. L'hystéro-neurasthénie du sujet, sa crainte d'avoir offensé Dieu, son ardent désir de s'acquitter des observances, la rapidité de l'atténuation des symptômes, l'égalité de durée entre la rémission demandée et la rémission effective, plaident en faveur de cette hypothèse, que légitiment d'ailleurs les relations existantes entre les neurones à images et à idées et les neurones pathiques et vaso-moteurs. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que la cessation des angoisses morales de Marguerite Dupré ne soit due à l'autosuggestion.

Les trois mois écoulés, elle recommença à souffrir de « plusieurs

incommodités[1] », et, en 1664, il se produisit un réveil de ses colonies hépatiques. « Elle tomba malade, le jour des Saints Innocens, d'un abcès qu'elle avoit au côté et qu'elle avoit caché tant qu'elle avoit pu[2] ». Toutefois, l'archevêque de Paris étant venu la voir, « elle se traina comme elle put au parloir[3] ». Cette nouvelle poussée s'accompagna d'angoisses morales, qui furent attribuées à l'affaire de la signature, et de crainte de la mort.

A la fin de juin 1666, elle retomba malade. Le 2 juillet, il lui prit « une fort grande colique à quoi elle étoit sujette[4] ». Elle assista à Vêpres avec un visage de mort, et passa toute la nuit « dans de grandes douleurs et de grands vomissemens[5] ». Le lendemain 3 juillet, elle dut s'aliter. Les remèdes ne lui procurèrent aucun soulagement, « sinon qu'elle avoit des intervalles où la douleur étoit plus modérée[6] ». « Le médecin l'avoit fait saigner, et il trouva le sang extraordinairement corrompu[7]. ». Dans la nuit du 4 juillet, qui était environ le dixième jour de la maladie, son état s'aggrava. « Les douleurs ne lui donnoient point de relâche, non plus que ses vomissemens. » Le pouls était fort, mais les forces s'épuisaient. On lui administra un remède. « D'abord l'opération alla assez bien, mais ensuite tout d'un coup tout s'arrêta, et ses douleurs augmentant, elle changea si fort en une heure, dit Angélique Arnauld d'Andilly, que quand je rentrai dans sa chambre et que je jettai les yeux sur elle, je vis la mort sur son visage[8]. » Les selles et les vomissements avaient cessé. Elle souffrait de douleurs intenses. Elle était sans forces, et avait grand peine à parler. Elle resta dans cet état de onze heures du soir à deux heures du matin. A deux heures, « elle fit un mouvement de tête, comme pour se retourner sur le côté, et dans le même instant... elle perdit la parole et la connoissance[9] ». Mais parole et connaissance revinrent, et elle fit preuve « d'une entière liberté d'esprit jusqu'à un demi-quart d'heure avant d'expirer[10] », « tenant en main le crucifix qu'elle adoroit dans une grande paix, et suivant avec une attention marquée les prières que la Communauté récitoit pour elle[11]. ».

Caractère. Orgueilleuse et d'un « naturel prompt et vif »[12], elle devint, sous l'influence des suggestions religieuses,

[1] Jérôme Besoigne, I, 476-7.

[2] et [3] *Ibid.* II, 208.

[4], [5], [6], [7] *Vies*, II, 381.

[8] et [9] *Vies*, II, 384.

[10] *Vies*, II, 388.

[11] Jérôme Besoigne, II, 335.

[12] *Vies*, II, 373.

retenue, silencieuse et humble. Elle se disait « une pauvre ignorante » [1], et s'occupait des travaux les plus bas.

Tristesse. Elle présentait une prédisposition à la tristesse. En 1661, la dysenterie se déclara chez elle à l'occasion d'une douleur morale. En 1662, ses abcès du foie s'accompagnèrent de « grandes peines d'esprit ». En 1664, pendant son exil aux Annonciades de Saint-Denis, la nouvelle que des religieuses de Port-Royal avaient signé le formulaire [2] la plongea dans l'abattement. Pressée elle-même par l'archevêque de Paris de se rendre, « elle passa cinq jours à pleurer, désolée de l'état où elle se trouvoit, partagée entre la crainte d'offenser Dieu en signant, et d'avoir toujours à souffrir en ne signant pas », « peinée et excédée d'angoisses » [3]. Elle finit par se soumettre, et n'y gagna que de nouvelles inquiétudes. Le jour de sa rentrée à Port-Royal, elle resta dans un coin de l'église « priant et pleurant » [4]. En ce temps là, « elle dormoit peu la nuit » [5]. Enfin, s'étant convaincue que la signature était un mal, elle s'accusa de sa faute « dans les termes les plus humbles et les plus touchants et avec une grande abondance de larmes » [6]. « Depuis ce moment, elle sentit la plus grande joie qu'elle eût jamais éprouvée, mêlée avec une intime douleur de son péché » [7]. Elle continua d'ailleurs à le pleurer et en eut d'affreux remords.

Suggestibilité. Elle disait à propos de la rémission pseudo-miraculeuse de son mal : « Je n'ai pas seulement reçu cette grâce par l'intercession de notre chère mère, mais bien d'autres très secrètes et très considérables que je ne puis publier; et je puis assurer que je ne me sens jamais inspirée de demander quelque chose à Dieu que je ne l'obtienne par son intercession » [8]. Cela donne la mesure de sa suggestibilité.

[1] Jérôme Besoigne, II, 206.

[2] *Recueil des pièces relatives à la signature du formulaire, pour servir à l'histoire des religieuses de Port-Royal.* Relation de ce qui s'est passé à Port-Royal depuis le commencement de l'année 1664, jusqu'au jour de l'enlèvement des religieuses, etc., p. 14.

[3] Jérôme Besoigne, II, 208.

[4] et [5] *Ibid.*, II, 215.

[6] *Vies.* II, 373.

[7] Jérôme Besoigne, II, 215.

[8] *Vies*, II, 368.

Elle était professe d'un couvent de la Congrégation de Notre-Dame en Flandre, lorsque, « au bout de deux ans, le 18 décembre 1651, elle fut reçue à Port-Royal, sans dot »[1]. Là, elle subit les suggestions d'Antoine Singlin, directeur des religieuses, et de l'abbesse Jacqueline Arnauld, qui, dit-elle, « prit possession de mon cœur »[2]. Ayant refusé de signer le formulaire antijanséniste de 1661, elle fut, en 1664, exilée aux Annonciades de Saint-Denis[3]. Elle y faisait neuf neuvaines par jour. Dans les premiers temps, elle se glorifiait de sa résistance, mais au bout de dix mois de captivité, « elle se laissa tellement emporter par la considération de l'obéissance aveugle à son supérieur, qu'oubliant tout autre chose, elle signa purement et simplement le formulaire entre les mains de M. de Pèrefixe »[4], ce qu'elle fit « avec un grand trouble »[5]. « Elle étoit alors malade et elle craignoit de mourir dans une désobeissance criminelle »[6]. « Elle signa aussi le nouveau formulaire avec le mandement de M. l'archevêque »[7]. Revenue à Port-Royal et soumise de nouveau aux suggestions jansénistes, elle rétracta sa signature et refusa de signer le formulaire de 1665. Bien plus, voulant multiplier les preuves de son repentir, elle fit de sa rétractation plusieurs copies qu'elle jetait par les fenêtres et par-dessus les murs du monastère, alors bloqué.

Observation II. Anne-Marie de Flécelles de Brégy.

Ascendance. — En 1664 (trente et un ans), Anne-Marie de Flécelles de Brégy avait encore une de ses grand'mères. En juin 1665, (trente-deux ans), son père vivait encore. En mai, il l'engagea en pleurant à signer le formulaire antijanséniste. Il avait un frère ecclésiastique, l'abbé de Flécelles. Celui-ci étant allé voir sa nièce ce même mois, pour l'engager aussi à signer, « il se saisit extraordinairement en me parlant, dit-elle, et ce saisissement joint à son grand âge et à une indisposition actuelle où il étoit

[1] Jérôme Besoigne, II, 204.

[2] *Vies*, II.

[3] Il s'agit des *Annonciades célestes* ou *Filles bleues*, institution fondée à Gênes en 1604 par une veuve Maria Vittoria Fornari et son amie Vincentina Lamelli. Cet ordre possédait 50 maisons en Italie, en France et en Espagne. Le nom d'Annonciades commémorait la légendaire annonciation de la Vierge.

[4], [5], [6], [7] *Vies*, II, 371.

alors, me fit craindre qu'il ne tombât dangereusement malade. La mère supérieure lui venant dire adieu, le trouva sans parole [1]. » La mère d'Anne-Marie de Flécelles de Brégy était coquette, « grande façonnière et la plus vaine créature qui soit au monde » dit Tallemant des Réaux. Elle essaya aussi de lui faire signer le formulaire, employant « des menaces effrayantes, qu'elle accompagnoit de reproches piquans et de beaucoup de duretés [2] ». Enfin cette religieuse était parente de Jean-François-Paul Philippi dit de Gondi, cardinal de de Retz.

Etat général. — Elle naquit en 1633. Le *Supplément au Nécrologe* de Port-Royal parle des « fréquentes maladies auxquelles elle était sujette [3] ». « Quelque tems après ma profession (1660, vingt-sept ans), écrit-elle, il m'arriva une fâcheuse incommodité qui faisoit que je ne gardois presque pas de nourriture [4].» Le 29 novembre 1664 (trente et un ans), jour de son enlèvement de Port-Royal, elle se trouva « fort mal ». La même année, ayant appris que plusieurs religieuses avaient signé le formulaire, « la douleur que j'en ressentis, écrit-elle encore, la crainte de tomber moi-même et la violence que je me fis pour cacher les angoisses de mon cœur sous l'apparence d'une égalité et d'une force que rien n'altère..., me fit tomber dans des incommodités corporelles que le tems n'a point réparées. » « Les jours gras (1665, trente-deux ans), je me trouvai dans un accablement d'esprit épouvantable sur des sujets qui n'avoient rien de commun avec la signature. Je me fis toutes les violences possibles pour n'en témoigner rien au dehors, et pour conserver mon assiette ordinaire. Cette contrainte autant que les peines mêmes, jointe à la douleur que me causoient les signatures nouvelles que j'apprenois, me causa un crachement de sang qui m'incommoda fort. » Il est difficile de dire si l'affection que révèle ce symptôme fut la cause ou l'effet de ces émotions. En août 1666 (trente-trois ans), elle tomba dangereusement malade. Elle mourut le 1er avril 1684, vers 8 heures du matin, à l'âge de cinquante et un ans.

[1] *Recueil de pièces relatives à la signature du formulaire, pour servir à l'histoire des religieuses de Port-Royal.*

Relation de la captivité de la sœur Anne-Marie de Sainte-Eustoquie de Flécelles de Brégi, Religieuse de Port-Royal des Champs, écrite par elle-même, p. 24.

[2] Jérôme Besoigne, I, 582.

[3] *Supplément au Nécrologe de l'abbaïe de Notre-Dame de Port-Roïal-des-Champs, ordre de Citeaux, institut du Saint-Sacrement*, etc., MDCCXXXV.

[4] *Recueil de pièces*, etc,. Relation citée, 16.

Intelligence et caractère. — On lui attribuait un « grand génie[1] », « un esprit de premier ordre et un courage dont il y a peu d'exemple[2] ». Elle-même ne se reconnaissait qu'une « volonté droite et sincère dans une intelligence très simple et très bornée[3] ». Dans le milieu d'ignorantes où elle vivait, elle passait pour une savante. Elle parlait et écrivait avec force et élégance, disait-on. Elle fit preuve dans sa jeunesse d'un orgueil que la règle et les suggestions du monastère ne purent entièrement dompter, bien qu'elle se comparât dans la suite à un ver de terre.

Tristesse. — L'affaire du formulaire la plongea dans la tristesse. Exilée aux Ursulines [4] de Saint-Denis, elle assista, le jour de son arrivée, « aux deux récréations qui lui furent d'autant plus pénibles qu'elles étoient fort gaies[5] ».

Chaque signature nouvelle la plongeait « dans la douleur extrême et le tremblement [6] ». Et, lorsqu'elle quitta les Ursulines, le 5 juillet 1665 (trente-deux ans), elle versa des larmes.

Amours. — Comme elle était pensionnaire à Port-Royal, l'abbesse Jacqueline Arnauld la reprit un jour de telle sorte que son orgueil eût à en souffrir. « Cela me fut sensible d'abord, dit-elle, néanmoins jamais je n'aimai si tendrement cette mère que depuis ce tems là ; et il me sembloit que je lui étois quelque chose puisqu'elle prenoit soin de moi[7] ». D'autres fois, il lui arrivait de dire qu' « elle ne tenoit à personne[8] ».

Craintes. — Elle écrivait au sujet de son enlèvement de Port-Royal : « Je trouvois la grâce que Dieu nous faisoit si grande, qu'elle me transportoit de joie; mais la crainte de n'en pas faire un saint

[1] *Vies intéressantes et édifiantes des religieuses de Port-Royal et de plusieurs personnes qui leur étoient attachées*, etc.. Aux dépens de la Compagnie MDCCLI.

[2] *Supplément au Nécrologe*, 509.

[3] *Recueil de pièces*. Relation citée, 9.

[4] L'ordre des Ursulines, fondé en 1537 par Angela de Brescia, comptait environ 300 couvents en France avant la Révolution. On y recevait l'habit religieux à partir de quinze ans.

[5] Jérôme Besoigne, II, 128-9.

[6] *Recueil de pièces*. Relation citée, 60.

[7] *Mémoires pour servir à l'histoire de Port-Royal et à la vie de la Révérende Mère Marie-Angélique de Sainte-Magdeleine Arnauld réformatrice de ce Monastère*. A Utrecht, aux dépens de la Compagnie MDCCXLII, t. II, 406.

[8] *Supplément au Nécrologe*, 512.

usage l'accompagnoit de tremblement [1] »; et, à propos de la signature : Je tremble de peur, « à la voix terrible de celui qui m'assure qu'il perdra tous les menteurs et les précipitera avec les timides dans l'étang de feu [2] ». « Il me prend, écrivait-elle encore en septembre 1664 (trente et un ans), certaines craintes de n'avoir pas assez de crainte [3]. » Et, à propos de religieuses qui avaient signé : « Cela m'a mis dans un tel tremblement et dans une crainte si terrible que Dieu ne m'abandonne, que je lui ai instamment demandé qu'il me fit la grâce de me tirer à lui, et me suis offerte à souffrir toute ma vie toutes sortes d'humiliations, d'afflictions et de maladies, pour obtenir le secours de la grâce et le don de la persévérance en n'abandonnant jamais la vérité [4]. » « Qui ne temblera ? Qui ne craindra, lorsque l'on voit ceux de la race par laquelle on espéroit le salut d'Israël, tomber. C'est une douleur la plus sensible du monde [5]. »

Suggestibilité. — Elle fut baptisée en 1638 (cinq ans), devint pensionnaire au couvent de Port-Royal, y prit l'habit de novice, le 28 septembre 1656 (vingt-trois ans), d'après les *Vies*, le 28 septembre 1659 (vingt-six ans), d'après le *Supplément au Nécrologe*, fit son noviciat sous la direction d'Angélique Arnauld d'Audilly, et fit profession, le 11 novembre 1657 (vingt-quatre ans), d'après les *Vies*, le 11 novembre 1660 (vingt-sept ans), d'après le *Supplément au Nécrologe*. Ce dernier ouvrage parle de « ses longues et ferventes prières [6] ». Obstinée dans sa foi janséniste, elle refusa de signer le formulaire de 1661, et, le 29 novembre 1664 (trente et un ans), fut enlevée de Port-Royal, et exilée aux Ursulines de Saint-Denis. Au moment de quitter ses compagnes, « dans un mouvement de douleur et de tendresse qui me mettoit hors de moi-même, écrit-elle, je leur dis que je les supplicis de me permettre de leur exposer mes sentimens avant que d'être arrachée d'avec elle, et de leur dire... en leur présence et en celle des Messieurs qui étoient présens, que je condamnois, anémathisois et rétractois toute signature qu'on pourroit extorquer de moi, en santé, en maladie et surtout à la mort [7]. » Une pareille déclaration prouve qu'elle avait parfaitement conscience de sa suggestibilité.

Pendant le trajet de Port-Royal aux Ursulines, elle dit « trois

[1] *Recueil de pièces.* Relation citée, 3.

[2] *Ibid.*, 10.

[3] *Ibid.*, 13.

[4] *Ibid.*, 61.

[5] *Ibid.*, 74.

[6] *Supplément au Nécrologe*, 518.

[7] *Recueil de pièces.* Relation citée, 2.

heures d'office et beaucoup de Psaumes, Litanies et autres Prières[1] ». Pendant sa captivité, « le besoin que j'avois de la prière, dit-elle, m'en renouvelloit sans cesse l'obligation[2] ». Aussi passait-elle de quatre ou cinq heures à neuf ou onze heures du matin, et l'après-midi à proportion dans la chapelle des Ursulines. Son père, son oncle l'abbé de Flécelles, et sa mère l'engageaient à signer. Mais ni les larmes du premier, ni les syncopes du second, ni les « menaces effrayantes » de la troisième ne parvinrent à la fléchir. On la menaça du roi. « Le Roi, dit-elle, peut nous faire couper la tête, puisqu'il a en main l'autorité et l'épée : mais il ne peut pas donner la foi d'un fait contesté, nécessaire pour signer; cela passe sa puissance[3]. » Elle revint à Port-Royal le 5 juillet 1665 (trente-deux ans). Le 28, elle signa de son sang un acte où elle déclarait persister dans son refus de signer et désavouer tout ce qu'on pourrait lui faire faire dans une dernière maladie. Dans ses divers écrits, elle cite Ieschayahou (Isaïe), Irmeyahou (Jerémie), les évangiles, Schâoul dit Paulos (saint Paul), Aurelius Augustinus (saint Augustin), Bernard Tescelin (saint Bernard. *Livre des commandemens et des dispenses*), Thomasso d'Aquino (saint Thomas d'Aquin), Corneille Jansen (Jansenius) et Jean du Vergier de Hauranne.

Pouvoir suggestif. — Pendant la persécution dirigée contre Port-Royal, elle soutint ses compagnes dans leur résistance. On la vit « éclairer de ses lumières les ténèbres de celles qui n'étoient pas suffisamment instruites, soutenir par l'exemple d'une fermeté inébranlable la faiblesse de celles qui chancelloient ; relever dans l'occasion par des saillies vives et justes toute la turpitude des absurdités que le sieur Chamillard leur débitoit pour les séduire; confondre avec la force et la précision du raisonnement tous les mauvais argumens que M. de Péréfixe prenoit la peine de venir sans cesse leur répéter lui-même, dresser tous les actes que la nécessité d'une juste défense les obligeoit d'oposer aux vexations qu'on leur faisoit souffrir; réprimer avec cette sage hauteur, qui ne s'écarte point de l'humilité, les entreprises des étrangères qu'on leur avoit données pour les gouverner, ou plutôt pour les persécuter; et malgré toutes les précautions de ces actives surveillantes et des sœurs infidèles, trouver tous les jours des ressources innocentes, pour entretenir au dehors la correspondance nécessaire au besoin de leurs affaires, et pour instruire le public de ce qu'il importoit à leur justification de lui faire connoitre[4]. »

[1] *Recueil de pièces.* Relation citée, 3.

[2] *Ibid.*, 5.

[3] Jérôme Besoigne, II, 141.

[4] *Supplément au Nécrologe*, 510.

OBSERVATION III. Magdeleine de Flécelles.

Etat général.— Magdeleine de Flécelles avait deux sœurs vivantes en 1711. Elle naquit en avril 1650. Pierre Guilbert parle de « son courage et de sa patience dans ses longues et pénibles infirmités [1] ». Le 28 décembre 1710 (soixante ans), la supérieure du couvent de Mont-Cenis, où elle était alors, écrivait : « Sa santé, quoique faible, est assez bonne [2] », et le 10 février 1711 (soixante et un ans) : « elle n'a pas de santé, ou du moins très peu... Elle a la fièvre double-tierce dès les 4 heures après-midi du cinq de ce mois [3] ». D'ailleurs, pendant son séjour au Mont-Cenis (6 novembre 1709-avril 1714, cinquante-neuf à soixante-quatre ans), elle fut « toujours infirme et souvent malade [4] ».

« Elle fut attaquée, le 22 janvier 1724 (soixante-quatorze ans), d'une violente oppression de poitrine accompagnée d'une fièvre continue, avec de fréquens redoublemens. Elle fut la première à sentir que cette maladie le conduiroit en peu de jours à l'éternité... Son mal redoubla la nuit du 24 au 25... Elle fut un peu mieux le 26, mais, sur le soir, elle se trouva plus mal... Vers les onze heures elle perdit connoissance et fut en cet état environ pendant deux heures... enfin... elle joignit les mains et expira [5] ». C'était le 27 janvier 1724, à une heure du matin. Elle avait exactement soixante-treize ans neuf mois et vingt-trois jours.

Tristesse et crainte. — La supérieure du couvent de Mont-Cenis lui ayant lu une lettre où le cardinal Louis-Antoine de Noailles l'engageait à signer le formulaire antijanséniste de 1705, « elle écouta avec de fréquens soupirs qui furent suivis de larmes [6] ».

Lorsqu'elle eût signé, « des doutes sur son état devinrent pour elle une espèce de tourment d'autant plus pénible, qu'il falloit les retenir et n'en rien laisser apercevoir [7] ».

Elle était ainsi « livrée à toutes les peines de sa conscience, flottante entre la crainte et l'assurance, abandonnée à ses inquiétudes [8] ».

« L'abus qu'elle disoit avoir fait de la visite du seigneur, excitoit ses fréquentes larmes [9] » Enfin, dans la nuit du 24 au 25 jan-

[1] Pierre Guilbert. *Mémoires historiques et chronologiques sur l'abbaye de Port-Royal-des-Champs.* A Utrecht, MDCCLVI, t. VII, 321.

[2] et [3] *Ibid.*, VII, 64-5.

[4] *Ibid.*, VII, 69.

[5] *Supplément au Nécrologe*, 347.

[6] Pierre Guilbert, VII, 60.

[7] et [8] *Ibid.*, VII, 66.

[9] *Ibid.*, VII, 321.

vier 1724, c'est-à-dire l'avant-veille de sa mort, elle versa « un torrent de larmes [1] », en pensant au péché qu'elle avait commis en signant le formulaire.

Suggestibilité. — C'était une fille simple et ignorante « n'ayant jamais été curieuse de s'instruire que des devoirs de son état et s'en remettant pour le reste sur les lumières des personnes en qui elle avait confiance [2] ». Elle prit l'habit de novice le 5 février 1674 (vingt-quatre ans) et fit profession le 19 février 1675 (vingt-cinq ans). Elle avait pour confesseur le père Rousseau de l'Oratoire. Elle refusa d'abord de signer le formulaire de 1705 et fut exilée au couvent de Mont-Cenis, où elle arriva le 6 novembre 1709 (cinquante-neuf ans). Là, suggestionnée « par l'insinuante persuasion et la flatteuse induction du doucereux catéchiste (de Truchis) que l'on introduisit auprès d'elle [3] », elle finit par signer le 27 décembre 1710 (soixante ans). Elle resta trois ans dans ce couvent après sa signature. La supérieure écrivait, le 28 décembre 1710 : « Elle a trop de ferveur [4] », et, le 10 février 1711 (soixante et un ans) : « Elle est bien aimable, et d'une vertu très édifiante... je n'ai de querelle avec elle que sur sa trop grande ferveur [5] » En avril 1714 (soixante-quatre ans), elle fut transférée sur sa demande à la congrégation de Soissons.

Le 8 septembre de la même année, elle fit une rétractation de sa signature, où l'on lit : « Je suplie qu'on n'aïe aucun égard *à ce que l'on m'a fait signer par suggestion* [6] ». Vers 1716 (soixante-six ans), elle passa à l'abbaye de Sainte-Perrine de la Villette-lès-Paris, où elle mourut dans des grands sentiments de piété et fut enterrée.

(*A suivre*).

[1] *Supplément au Nécrologe.* 347.
[2] Jérôme Besoigne, III, 267.
[3] Pierre Guilbert, VI, 188.
[4] *Ibid.*, VII, 64.
[5] *Ibid.*, VII, 65.
[6] *Supplément au Nécrologe*, 152.

CLINIQUE NERVEUSE.

TRAVAIL DU SERVICE D'ÉLECTROTHÉRAPIE DE LA CLINIQUE CHARCOT

Sur quelques particularités cliniques de la névralgie faciale et son traitement par l'électricité.

Par A. ZIMMERN

Ancien interne des Hôpitaux.

IV. CONCLUSIONS

D'après ce que nous venons d'exposer sur le traitement de la névralgie faciale par l'électricité, nous nous expliquons difficilement comment certaines monographies n'insistent pas davantage sur le traitement électrique, et comment d'autres le passent même entièrement sous silence. Gilles de la Tourette n'affirme-t-il pas que, si les moyens médicaux ont échoué, il reste bien le traitement chirurgical, traitement plein de dangers et d'aléas, mais qu'en dehors de lui il n'y a rien à tenter. Mauclaire ne dit-il pas aussi que lorsque les moyens médicaux auront été utilisés sans succès, le médecin « *devra céder la place au chirurgien* », et cet auteur ne conseille-t-il pas d'opérer même de suite et sans attendre, sous prétexte qu'attendre, c'est donner à la névrite ascendante et aux lésions encéphaliques le temps d'évoluer. Et il ajoute : « d'ailleurs quand bien même le résultat ne serait pas parfait (Trousseau affirme n'avoir jamais vu guérir complètement le tic douloureux de la face) on peut dire avec Ch. Monod, qu'un an de bien-être au cours d'une affection qui impose de véritables tortures, constitue un bénéfice apprécié par les malades, d'autant plus que l'intervention est exempte de dangers (névrectomie). »

Contrairement à cette opinion nous ne saurions admettre qu'après une tentative consciencieuse des méthodes médicales, le médecin s'efface sans hésiter devant le chirurgien.

Une place, et une place importante doit être réservée au traitement électrique, que, dans tous les cas, on aura intérêt à essayer avant de songer à une intervention chirurgicale même légère.

Les chirurgiens qui se sont adressés à la névralgie faciale ont tenté la cautérisation, l'arrachement, l'élongation, la section du trijumeau. On a également eu recours à la ligature de la carotide primitive, à la résection du ganglion cervical supérieur, mais la plupart se sont arrêtés à la névrectomie qui est considérée actuellement comme une intervention simple et bénigne. De nombreux procédés ont été préconisés pour pratiquer la névrectomie, et le procédé de Lossen-Braun que Segond a été le premier à faire connaître en France est actuellement celui qui sert de type aux interventions périphériques. On y a recours lorsqu'on considère comme téméraire d'aborder le tronc lui-même du trijumeau.

Dans ces dernières années cependant, et cela surtout depuis les tentatives et la publication de Fedor Krause, les chirurgiens se sont appliqués à une intervention plus sérieuse, l'ablation du ganglion de Gasser.

Rappelons que cette opération fut faite pour la première fois par W. Rose (1890) et reprise ensuite par Horsley, puis par Hartley et Krause ; puis par Doyen, Poirier, Guinard, Delbet, Chipault, Gérard-Marchand et Bouglé, etc. Tous ces opérateurs sont unanimes à reconnaître la difficulté et la gravité de l'intervention. L'hémorragie primitive ou secondaire, la blessure du sinus caverneux, la compression du cerveau, le schok opératoire sont autant d'accidents immédiats possibles et à craindre.

On a également pu constater à la suite de l'opération des troubles sensitifs sans grande importance il est vrai, eu égard à la gravité de l'affection, et des troubles moteurs, mais aussi, et surtout, des complications trophiques ou inflammatoires du côté de l'appareil oculaire, complications, qui, bien que considérées par Krause comme secondaires, ont pu aboutir à l'ulcération de la cornée, à des paralysies oculo-motrices graves et à la perte de l'œil.

La question est donc de savoir actuellement, si, en pré-

sence des risques de la gasserectomie, l'intervention se trouve suffisamment justifiée.

Lorsqu'on consulte dans ce but les statistiques, on trouve des chiffres de mortalité déjà assez éloquents.

Krause déclare au Congrès de 1900 avoir pratiqué 24 fois la résection du ganglion de Gasser et n'avoir perdu que 2 malades. Tous les autres seraient guéris et la névralgie aurait disparu pour ne plus revenir.

Dans une communication plus récente au Trentième Congrès des Chirurgiens allemands, il compte sur 25 extirpations, 3 décès. Il assure en outre n'avoir jamais vu de récidive dans le cas où il s'agissait d'une névralgie classique du trijumeau.

Mais cependant une analyse approfondie des cas publiés par Krause nous a permis de relever sur 25 cas d'extirpation du nerf, 5 *cas seulement de guérison absolue et définitive*, 3 cas de guérison obtenue au prix de troubles oculaires graves, et 3 cas avec récidive plus ou moins sérieuse du côté opposé. Chez 5 malades les douleurs n'ont pas disparu complètement, et chez 2 de ces 5 cas, il y a eu récidive franche et complète, ce que Krause explique du reste, en déclarant que dans l'un des cas il s'agissait d'hystérie, et dans l'autre, de neurasthénie (?). Si l'on ajoute qu'une malade n'a été soignée qu'un temps insuffisant, qu'une autre présentait une hémiplégie qui persista sept mois encore après l'opération, on voit qu'il reste 7 *cas qui représentent le chiffre de la mortalité de cet auteur*. De ce nombre, 3 morts sont évidemment dues à l'intervention opératoire elle-même, les autres à des complications survenues peu de temps après.

Il ressort de cette statistique que Krause a une moyenne d'une mort sur trois cas, et une guérison absolue sur 5 cas. Ces chiffres suffisent à attester la gravité toute spéciale de la gasserectomie.

Depuis le mémoire de Krause du reste, d'autres interventions ont été faites, en France notamment, et les résultats ne paraissent guère avoir été plus favorables. Toutes les statistiques (Gérard-Marchand et Herbet, Tiffany, Massoutard) dénotent l'extrême gravité de l'intervention. Sur 95 cas réunis par Gérard-Marchand et Herbet, il y a eu 17 décès. Becq en 1895 a réuni 41 cas avec 6 morts opératoires. Tiffany donne

une statistique de 108 cas dont 24 morts, sans indiquer le nombre des guérisons.

Le traitement chirurgical ne paraît donc pas avoir donné des résultats assez brillants pour contrebalancer les dangers et les aléas auxquels il expose.

D'après Krause lui-même du reste, il ne faut en arriver là qu'en cas de nécessité absolue, et dans son dernier travail, cet auteur arrive à cette conclusion, que l'opération n'est justifiée que dans les cas de gravité des symptômes et d'insuccès de tous les moyens usités auparavant.

D'après ces considérations sur le traitement chirurgical et en présence de l'amélioration dont on peut faire bénéficier les malades par le traitement électrique méthodique tel que nous venons de l'exposer, nous estimons que *la conduite à tenir* doit être la suivante :

1° Dans les névralgies à étiologie bien déterminée, on aura recours à leur traitement spécifique.

2° Dans les névralgies à type léger, on commencera par s'adresser d'abord aux médications usuelles quitte à recourir en cas d'insuccès à l'électricité, qui amènera à peu près certainement la guérison complète.

3° Dans les névralgies du type grave, après que l'on aura constaté l'inefficacité des moyens médicaux administrés d'une façon méthodique (parmi lesquels le traitement opiacé) on soumettra le malade à *l'électrisation pendant un temps suffisamment long* pour juger des effets obtenus (minimum trois mois) et l'on ne se décidera à pratiquer une intervention chirurgicale qu'en cas d'*insuccès absolu*. En dernière analyse une opération périphérique pourra être tentée (névrectomie). Mais ce n'est qu'*en désespoir de cause* et devant la demande formelle du malade ou la menace péremptoire de suicide, que l'on devra se résoudre à proposer la gasserectomie.

OBSERVATION I. — Mme T..., quarante-sept ans, couturière. En 1888, la malade éprouve quelques sensations désagréables dans les gencives en mangeant. Ces petites douleurs ont duré un mois. Elle habitait, nous a-t-elle dit, à ce moment, un rez-de-chaussée très humide. C'est le lendemain d'un bal, en 1897, qu'elle a éprouvé les premières douleurs avec tressaillement léger dans un côté de la face, le côté droit. Ces douleurs étaient extrêmement intenses. Quinze jours auparavant cependant, elle s'était aperçue

d'une certaine gêne avec fourmillements et picotements du côté droit.

Après avoir essayé pendant plusieurs jours de l'antipyrine, de l'exalgine et d'autres médicaments qui calmèrent les douleurs temporairement, la malade s'est fait arracher deux dents sans résultat marqué. Puis elle prend de l'extrait thébaïque à haute dose sans plus de résultat, et enfin après un traitement par le chlorure d'éthyle, elle est soignée pour rhumatisme cérébral. Néanmoins, les douleurs persistent violentes dans la région maxillaire supérieure et inférieure du côté droit. En 1898 on lui fait une double opération (résection) dont la malade porte du reste la cicatrice, l'une sur le nerf maxillaire inférieur, l'autre sur le sous-orbitaire. Le lendemain de l'opération, les douleurs ont réapparu aussi violentes qu'auparavant.

A quelques mois de là, la malade a pris de l'iodure qui lui a procuré un soulagement de neuf mois, mais non pas la disparition de la névralgie. En 1899, la névralgie redouble d'intensité : la malade essaie à deux reprises différentes de se remettre au traitement ioduré, mais cela sans aucun bénéfice.

État actuel. — La douleur se montre chez cette malade avec un double caractère. C'est d'abord :

1° Une douleur violente en coup de fouet allant du menton à l'oreille, survenant le soir à partir de 9 heures, et durant jusqu'à une heure avancée de la nuit, mais n'existant pas d'une façon continue, et survenant seulement par crises de quinze jours ou trois semaines, avec des intervalles de repos peu prolongés cependant. Ces crises sont extrêmement intenses, rendent la mastication absolument impossible, si bien que la malade ne peut prendre que des liquides. Lorsque se produit un bâillement ou que la malade se mouche, la douleur survient atrocement violente, et il lui semble qu'on lui arrache la langue. L'œil paraît être projeté hors de l'orbite. Chaque pas que la malade fait sur les pavés de la Salpêtrière provoque des paroxysmes douloureux des plus intenses.

Ensuite : 2° Une sensation pénible qui n'est pas une véritable douleur et que la malade compare à un fourmillement, à un creusement, à une cautérisation profonde par un fer rouge. Celle-ci est continue et constante.

La déglutition de la salive est presque impossible et la salive s'écoule en dehors. Il paraît y avoir d'ailleurs un certain degré d'hypersécrétion salivaire après chaque crise de même qu'un écoulement abondant de larmes.

La face du côté droit est absolument immobilisée par les douleurs au moment du début des accès, mais après il se produit une sorte de spasme, une sorte de « constriction qui remonte ». La

face est congestionnée, surtout au niveau de l'os malaire qui présente une teinte rouge notablement différente du côté sain. La douleur occupe les trois branches du trijumeau mais les maxillaires paraissent être le trajet de prédilection de la douleur. Quand on recherche la douleur à la pression, on ne trouve que le point dentaire inférieur qui soit véritablement douloureux. Les autres ne paraissent pas exister, ou peut être s'estompent derrière l'hypersensibilité de tout le tégument cutané. L'hyperesthésie de la peau s'étend jusqu'aux cheveux. Leur attouchement est supporté difficilement par la malade.

Lorsque la malade vient nous voir, il lui est absolument impossible de parler, et c'est une personne de sa famille qui nous donne les renseignements de son observation. Comme troubles moteurs, il y aurait quelquefois quelques légers soubresauts, mais passagers ; toutefois, le tic est nettement marqué. Il débute par le menton où se produit une fossette et se localise ensuite aux paupières. Comme troubles sensoriels, on note seulement les bourdonnements d'oreille.

Étiologie. — La névralgie ne paraît pas être d'origine dentaire, car toutes les dents ont été enlevées du côté malade. L'hystérie ne paraît pas devoir être mise en cause, bien que la malade ait eu, il y a dix ans, une crise de nerfs, et se souvienne avoir eu « la boule ». Mais actuellement pas de stigmates. Pas de tabes, pas de coryza chronique antérieur, pas de rhinite spécifique. La syphilis ne paraît pas non plus devoir être incriminée bien que la malade ait eu sur 8 grossesses, 4 fausses couches de deux, trois et quatre mois. La malade présente néanmoins un terrain névropathique indiscutable. Elle s'émotionne et pleure facilement. Elle se trouve dans une période d'irrégularité menstruelle, due vraisemblablement à la ménopause prochaine.

Traitement. — Commencé le 28 mars 1900 (4 à 6 mA. 15 minutes). Amélioration dès la 7e séance, qui a progressé, mais très lentement jusqu'à la 30e. Les périodes menstruelles d'avril, mai, juin, sont marquées de douleurs assez violentes.

A partir du 20 juin 1900 (54 séances), il y a une très grande amélioration. Il n'y a plus que quelques rares élancements qui sont plutôt des tiraillements sur le trajet du nerf, des sensations de petite bête qui trottine au-dessus de la lèvre supérieure.

Juillet 1900. On continue le traitement. Douleurs insignifiantes et seulement au moment des règles. Août : on continue le traitement; du 6 au 10, douleurs d'intensité moyenne, les règles surviennent le 20 août, mais sans grandes douleurs. Elle compte fin août 100 séances, prises d'une façon à peu près continue.

Septembre : deux ou trois séances par semaine; n'éprouve que des cuissons insignifiantes; les règles viennent sans douleur.

A partir de septembre, la malade ne vient plus que de temps en temps « pour être suivie » et pour faire quelques séances quelques jours avant ses règles.

De septembre 1900 à mai 1901, la malade n'a eu que de très rares secousses dans la face sans grande intensité. En mai 1901, nous conseillons à la malade un mois à un mois et demi de traitement prophylactique.

Juin 1901 : Les chaleurs sont mal supportées; deux crises douloureuses de cinq jours chacune; la malade continue le traitement tous les jours. En juillet 1901. Etat très satisfaisant. Les règles de juillet sont précédées d'une crise douloureuse du 22 au 27 juillet. A partir de juillet les séances sont de trente minutes au minimum.

En août 1901. Etat très satisfaisant. Les quelques élancements que présente encore la malade de temps à autre, durent à peine une seconde et sont facilement supportés. Elle a trouvé une amélioration considérable des petites crises résiduelles par les séances de trente minutes. Elle prétend que les douleurs ont été plus courtes, durant à peine une seconde. Le 23 août, la malade cesse le traitement pour partir à la campagne.

Septembre et octobre. Etat très satisfaisant. N'a plus que quelques élancements au voisinage de l'œil. En novembre, éprouve une crise très forte à la suite du brouillard. Cette crise a duré trois semaines et a été l'une des plus violentes, et la plus longue que la malade ait eue depuis le traitement. Toutefois, la violence des douleurs n'est pas à comparer avec leur intensité d'autrefois. Diarrhée persistante à ce moment.

Depuis novembre la malade reprend un traitement suivi. Les secousses douloureuses s'espacent peu à peu.

10 décembre. Amélioration très notable. Les douleurs ont presque entièrement cédé. Du 19 au 26 décembre elle a encore eu une période assez pénible.

Du 10 au 25 janvier 1902, nouvelle période très pénible due peut-être à la constipation intense, ou peut-être encore à l'état du temps particulièrement mauvais à cette époque. Les séances sont faites avec une durée d'une heure. Cette durée amène une sédation très manifeste et très rapide.

A partir de février, nous conseillons à la malade de prendre par précaution huit à dix séances chaque mois.

A partir de mars les douleurs ont de nouveau presque entièrement disparu.

Obs. II. — Mme B... vingt-six ans. *Antécédents personnels :* Une pneumonie à l'âge de huit ans. Réglée à l'âge de douze ans; mariée à l'âge de dix-huit ans ; a eu quelques migraines depuis ses premières règles.

La malade a une petite fille âgée actuellement de cinq ans et n'a jamais eu de fausse couche, ni constaté de retard dans ses règles. Mais, si jeune fille, elle a eu quelques migraines excessivement légères, c'est depuis sa grossesse que la douleur qu'elle éprouve dans la tête a pris un caractère de névralgie faciale typique. La malade estime que des chagrins de famille sont pour beaucoup dans l'apparition de cette névralgie.

A cette époque les accès se montraient trois fois par semaine, et duraient cinq à six heures ; la disparition n'était complète que lorsque la malade avait dormi une nuit entière. Tout à fait au début, il est arrivé à la malade d'être en proie à ces douleurs pendant une période continue parfois très longue, mais cette allure dans la marche de la névralgie ne s'est guère présentée qu'une fois ou deux fois par an.

Au début, la névralgie faciale s'est localisée sur les branches ophtalmique et maxillaire ; le plus souvent toutefois sur l'ophtalmique.

État actuel. — La douleur est réveillée par le froid, la lumière, la mastication, le rire, le bâillement. Une sorte d'aura la précède, caractérisé par une sensation de pesanteur dans la tête, sensation indéfinissable de lourdeur au front. La douleur contourne le sourcil, puis se fixe au pourtour de l'un ou l'autre œil, ou bien s'étend jusqu'à la région occipito-mastoïdienne. Dans ce dernier cas, l'accès est bien plus atroce. La douleur siège profondément ; c'est « comme un creusement de la figure ».

La durée de ces phénomènes douloureux est de dix à douze heures, quelquefois de deux jours. Ils cèdent d'ordinaire à une nuit de sommeil pour revenir deux jours après. A certains moments cependant, la douleur affecte le type nocturne, de sorte que la malade ne prend aucun repos. Son intensité a été parfois telle qu'elle a pu faire naître des idées de suicide. Parfois il y a des quinzaines d'accalmie complète.

On ne constate ni troubles moteurs, ni troubles trophiques, et il n'y a à signaler qu'un certain degré de photophobie et d'acouphobie.

Les douleurs affectent tantôt un côté, tantôt l'autre. Elles se répètent plusieurs fois dans le mois sans cause apparente, mais sont constantes aux époques menstruelles, apparaissant généralement au début des règles ; plus rarement à leur déclin.

La névralgie date actuellement de huit ans. La malade a essayé tous les traitements que l'on recommande d'ordinaire, l'iodure. le bromure, les antispasmodiques, sans résultat aucun. Le fer et l'hydrothérapie n'ont pas amené de résultats plus marqués. Plusieurs avulsions dentaires n'ont amené aucun soulagement.

La malade déclare avoir eu quelquefois des crises qui paraissent

avoir été des crises d'hystérie fruste, mais qui cependant n'ont pas réapparu depuis fort longtemps. On ne constate du reste pas de stigmates bien apparents : pas de rétrécissement du champ visuel, pas de troubles de la sensibilité.

Le *traitement* a été commencé le 30 avril 1900, alternativement des deux côtés de la face. Vers la trentième séance la malade éprouve une amélioration très considérable, et à la fin de juillet 1900, les douleurs ont presque complètement disparu.

En septembre, il se produit une période douloureuse. A la fin de septembre, on cesse le traitement, et nous engageons la malade à ne plus faire que quelques séances avant l'époque présumée des règles, cela à titre préventif.

Les règles d'octobre ont été précédées d'une période douloureuse de quelques jours, mais qui a cessé dès l'apparition du flux. En novembre et en décembre. il n'y a pas eu de douleurs, sauf quelques sensations pénibles au moment des règles.

La malade continue à suivre son traitement, faisant à titre prophylactique quelques séances tous les mois avant la période menstruelle, et depuis cette époque, elle n'a plus jamais éprouvé que quelques douleurs venant, soit avant, soit après les règles, très facilement supportables en raison de leur médiocre intensité, de leur courte durée. Aussi la malade se considère-t-elle comme guérie. Notons comme époques les plus douloureuses, les règles de septembre 1901 et de mars 1902. Toutes les autres périodes se sont passées sans douleur appréciable.

Obs. III. — Mme L..., quarante-cinq ans. *Antécédents.* — Sa mère a eu une névralgie faciale qui a provoqué la chute des dents du côté malade, ainsi que des cheveux.

Chez elle les douleurs ont disparu après la ménopause. Le début de la névralgie remonte à huit ans. Elle a commencé par des picotements dans le maxillaire inférieur, existant d'une façon continue sans crise aucune. Ces douleurs n'existaient qu'au moment des repas, ce qui rendait la mastication très pénible. Un mois après, crises de névralgie faciale vraie. Un peu plus tard sont apparues des douleurs du côté opposé. Les crises se produisaient nuit et jour avec intermittences variables mais parfois très rapprochées, et se produisant toutes les cinq minutes.

État actuel. — La crise est annoncée par un léger picotement. La malade se raidit pour essayer de lutter, mais néanmoins la crise survient qui augmente insensiblement d'intensité et arrive à une période d'acmé qui dure une minute entière. Puis la douleur décroît insensiblement. Elle ressemble, au dire de la malade, à des pointes d'acier que l'on enfonce dans la région malade. Pas de tic d'aucune sorte.

Au moment des règles, les douleurs deviennent plus fortes. La

glande sous-maxillaire se tuméfie. Le tissu cellulaire sous-cutané s'indure. Au moment des crises existe un point douloureux, une sorte de picotement très pénible sous la langue du côté affecté. La langue paraît épaissie et tuméfiée à la malade, mais cet état diminue au déclin des crises.

La face du côté gauche est hyperesthésiée au moment des crises, mais dans leur intervalle il n'y a aucun trouble de la sensibilité.

La malade a usé de tous les médicaments qu'on lui a conseillés, sans succès. Pas de spécificité, pas d'impaludisme. Aucune étiologie bien nette.

Le *traitement* chez cette malade a été commencé le 11 mai 1900. Séances d'un quart d'heure à cinq milliampères.

Amélioration progressive.

Après 20 séances, la malade déclare constater un mieux très sensible, la mastication se fait beaucoup plus facilement. Elle prend assez régulièrement ses trois séances par semaine.

En mars 1901, alors que le traitement paraissait avoir son plein effet, la malade est prise de douleurs très violentes, avec gonflement considérable de la parotide, de la sous-maxillaire et de la sublinguale du côté malade. Augmentation de volume très marquée des vaisseaux du cou et des veines ranines. La langue est très épaissie.

Le 3 mars 1901, la malade cesse de venir. Elle s'est fait une entorse pour laquelle elle a été obligée de rester à la chambre. Le 15 mars elle est prise d'une crise de coliques hépatiques qui dure quarante-huit heures. Depuis ce moment les douleurs ont complètement cessé du côté de la face, et se sont réduites à quelques fourmillements insignifiants.

Un mois entier la malade a vécu pour ainsi dire sans souffrance. Mais en mai, au moment des règles, les douleurs ont reparu avec leur intensité première. On fait une tentative avec des intensités de 12 à 20 milliampères pendant vingt minutes, mais la malade s'en trouve mal et accuse une recrudescence des douleurs. Elle ne veut plus se soumettre à ces intensités. Nous la soumettons alors à partir de juin à des séances d'une heure. Ces séances prolongées fournissent une amélioration très nette, et permettent à la malade de dormir sa nuit entière, alors qu'auparavant, elle ne dormait pas.

Le 1er juillet, après un mois de ce traitement, la malade trouve que les crises sont beaucoup moins longues qu'autrefois, les douleurs moins intenses. La période menstruelle n'a amené cette fois aucune recrudescence des douleurs. Il s'est produit uniquement un léger gonflement de la sous-maxillaire qui n'a pas tardé à disparaître.

L'état de la malade reste satisfaisant en août et septembre. Elle continue à venir de temps en temps. Les douleurs sont très

supportables; elles sont rares et n'augmentent pas au moment des règles. Les séances sont de quarante-cinq minutes à une heure. En octobre, l'état reste très satisfaisant.

Nous revoyons la malade en novembre au sortir d'une petite crise qui a duré huit jours, mais qui n'a égalé en intensité aucune des crises antérieures. En dehors de cette crise la malade déclare n'avoir que des phénomènes douloureux rares et très supportables.

Les crises n'ont pas la moitié d'intensité qu'elles avaient auparavant et aux époques où elle avait autrefois dix élancements, il y en a aujourd'hui à peine trois. Les nuits sont bonnes, et la malade peut très bien dormir toute sa nuit. Elle déclare du reste ne vouloir se soumettre à aucun autre traitement que l'électricité.

Les mois de décembre et janvier 1902 ont été marqués par des douleurs assez intenses. En février, l'état s'améliore à nouveau. Depuis cette époque l'état reste très amélioré, sauf peut-être au moment des règles où les douleurs réapparaissent, mais cela d'une façon très tolérable.

Obs. IV. — F..., soixante-huit ans, concierge, ancien militaire, a fait entre autres la campagne de Crimée. Il déclare n'avoir jamais été malade.

Le début de la névralgie remonte à seize ans, et les douleurs furent attribuées par lui à des névralgies dentaires. Un dentiste, consulté, trouva les dents saines, mais pratiqua néanmoins l'avulsion sur la demande du malade.

Les phénomènes douloureux cédèrent bien pendant quelques mois (cinq mois environ) mais reprirent ensuite de plus belle. En 1888, une incision faite sur le bord du maxillaire n'amena aucune amélioration. A partir de ce moment les douleurs présentent un caractère d'acuité extrême. Le malade ne peut tenir en place, se roulant par terre, et essayant toutes les positions possibles pour obtenir quelque soulagement. La douleur existe d'une façon à peu près constante; il y a bien de temps à autre quelque accalmie mais jamais cessation absolue. Elle siège exclusivement sur le territoire de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur. Quand la douleur est sur le point de venir, le côté malade semble pesant, puis surviennent quelques élancements, et insensiblement la douleur arrive à son acmé. Elle semble avoir pour point de départ le nerf sous-orbitaire.

Le malade a du tic vrai, il fait la grimace et porte la main à sa figure pour comprimer la région, mais on observe en outre au moment des accès quelques mouvements involontaires. La durée de chaque accès est de deux à trois secondes environ. Il y a environ deux accès par minute. Ces accès ne cessent pas la nuit d'une façon complète. Le moindre mouvement pendant le sommeil en

provoque le retour et le réveil s'accompagne de douleurs répétées dont le malade compare la succession aux décharges d'un feu d'artifice. Il n'existe pas de douleur continue. Entre les accès il n'y a qu'une sensation d'endolorissement. Il n'y a pas de point douloureux à la pression, mais une hyperesthésie généralisée et beaucoup plus marquée sur le territoire du sous-orbitaire. Les gencives sont hyperesthesiées.

On note de l'épiphora, mais pas de troubles trophiques. Le malade se plaint parfois d'irradiations du côté opposé. L'observation est très difficile à prendre en raison de l'impossibilité où se trouve le malade de soutenir une conversation, chaque phrase étant entrecoupée d'un accès douloureux.

Traitement. — Le malade a subi toutes sortes de traitements : antipyrine, aconit, phénacétine. Il y a eu également quinze séances de pinceau faradique qui n'ont fait qu'accentuer les douleurs.

Le traitement est commencé le 16 octobre 1900 à la dose de 5 à 8 mA. Il se trouve déjà amélioré légèrement au bout de huit séances, et l'amélioration est surtout très caractérisée à partir de la 60e. Le 17 avril, période douloureuse qui dure jusqu'au 25, et depuis lors les crises vont en diminuant d'intensité et s'éloignent peu à peu pour ne revenir qu'à intervalles très espacés. Une période douloureuse a pu être notée du 10 au 21 juillet. On prolonge les séances à trente-cinq minutes, et les douleurs cèdent bientôt à nouveau.

Le 1er août 1901, le malade déclare se trouver extrêmement bien, et à partir de ce moment il vient de temps à autre sans régularité aucune, prendre quelques séances. Il se passe ainsi des semaines entières sans douleur, et quand celles-ci se produisent, elles ne sont que passagères.

Une petite crise survient en octobre 1901 assez violente pour faire craindre une récidive, mais après quelques séances de quarante-cinq minutes ou une heure de durée, cette période douloureuse se calme ; les douleurs deviennent plus courtes et plus rares, et à la fin de novembre l'état est de nouveau parfaitement satisfaisant.

En mars 1902, le malade se plaint d'avoir quelques « chatouillements du côté opposé » mais qui ne l'inquiètent aucunement. Depuis cette époque l'état se maintient absolument satisfaisant.

Obs. V. — M..., quarante-neuf ans, secrétaire d'une compagnie de chemins de fer. En 1884, en se faisant la barbe, le malade ressent une légère douleur au niveau de la région sous-orbitaire. Dans la nuit qui suit l'apparition de ce point douloureux, le malade est pris subitement d'une douleur semblable à une décharge électrique

excessivement violente. Il a été soigné à ce moment pendant quatre à cinq mois par des pilules de Moussette, du sirop de Gibert dont il prend la quantité énorme de 8 litres, par des douches, des frictions mercurielles, tout cela sans aucun bénéfice. Un médecin homéopathe lui a injecté sous la peau du chlorhydrate de cicutine sans meilleur résultat. Au contraire, après ces différents traitements, les douleurs ont augmenté d'intensité, les décharges se sont rapprochées et à partir de ce moment les douleurs sont tellement violentes que le malade ne peut ni parler ni manger.

Après avoir encore fait de la métallothérapie et consulté le « zouave Jacob » (!) qui malgré des passes savantes, n'obtint aucun succès, il consulta M. Landouzy qui recommanda du chloral à haute dose et fit faire des pulvérisations de chlorure de méthyle. Tous ces procédés n'amenèrent aucun changement. Et le malade nous dit que ne pouvant prendre aucun repos et ne voyant aucune issue à ses maux, il pense au suicide.

En 1887, sur sa demande, M. Peyrot lui fait la résection du sous-orbitaire sur une longueur de 8 millimètres. Cette intervention fut suivie d'un soulagement momentané de dix mois; mais le malade, homme intelligent d'ailleurs, a le sentiment qu'il ne s'agit que d'un calme passager car de temps en temps partent de la cicatrice des élancements non absolument douloureux mais assez pénibles.

L'année suivante, il se confie de nouveau à M. Peyrot qui résèque le sus-orbitaire. L'opération est suivie d'un phlegmon. Il n'y a à la suite aucun soulagement, si ce n'est une intensité et une durée un peu moindre des douleurs. Les douleurs que, depuis cette époque, le malade éprouve, siègent dans la région maxillo-temporale. Ce sont des élancements, des douleurs paroxystiques, intermittentes, la plupart très violentes, éclatantes, suivant l'expression du malade, absolument épouvantables, l'obligeant à crier. Pendant tout le temps de sa crise, il reste sous le coup d'une angoisse extrême. La douleur commence toujours par la branche sous-orbitaire, puis gagne le sus-orbitaire, mais jamais le nerf maxillaire inférieur n'est atteint.

Les opérations que le malade a subies n'ont pas diminué le nombre de crises, mais peut-être atténué leur intensité. Les douleurs cèdent parfois d'une façon à peu près complète pendant deux ou trois mois. Toutefois le plus long intervalle de repos a été de cinq mois. « Il me suffit de toucher la voûte palatine avec une fourchette ou même la pointe de la langue pour susciter la crise. Aussitôt surviennent des élancements douloureux qui constituent le signe précurseur, puis un engourdissement général; ensuite une série de secousses, électriques, brèves, puis la douleur s'en va en fuyant progressivement. Cette crise dure une demi-minute. Lorsque j'ai un accès, cet accès est composé d'une série de crises analogues

revenant en moyenne toutes les minutes ». Lorsque les crises sont très violentes, le malade prend un purgatif et se met au régime lacté mixte, ce qui lui procure un certain soulagement.

Pas de tic complet mais quelques spasmes légers (l'œil tend à se fermer par spasme de l'orbiculaire.

Hyperesthésie marquée de la peau, des gencives, du cuir chevelu. Epiphora très marqué au moment des accès, mais rien d'analogue du côté de la muqueuse nasale ou de la salive.

Etat actuel. — *Depuis dix ans* le malade est en proie à sa névralgie qui ne cède que pendant des périodes de deux à trois mois. En mai 1900, la douleur cesse jusqu'au 1er août 1900, à l'exception de quelques élancements douloureux fugitifs.

Mais depuis le 1er août 1900 jusqu'au 15 octobre, la période algique fait de nouveau son apparition. Les crises sont constantes, violentes et surviennent nuit et jour. C'est à ce moment que nous examinons le malade.

Etiologie. — Parmi les antécédents héréditaires il y a lieu de signaler que son père a eu des douleurs fulgurantes et d'autres signes tabétiques, que sa mère a souffert également d'une névralgie faciale à forme grave.

Pas de rhumatisme, pas d'impaludisme. Mais le malade paraît être nettement tabétique.

En 1879-80 en effet il a eu du ptosis à droite, et de 1893 à 1895, quelques douleurs fulgurantes pour lesquelles il a pris de l'iodure et fait des frictions (ce traitement n'a eu aucune action sur la névralgie). Toutefois, s'il n'y a pas de réflexes rotuliens, il n'existe ni signe de Romberg, ni signe d'Argyll, ni lésions de l'œil.

L'examen de l'appareil oculaire permet de constater uniquement une légère diploplie croisée, reliquat de l'ancienne paralysie de la troisième paire droite survenue en 1880.

Le malade ne pense pas avoir contracté la syphilis.

Traitement. — Le traitement a été commencé le 22 octobre 1900, avec une durée de vingt minutes environ à ce moment, durée qui plus tard a été augmentée. Intensité 5 à 6 milliampères.

Après une vingtaine de séances l'amélioration se montre d'une façon nette et se poursuit assez régulièrement.

Il y a cependant de temps à autre des crises violentes, mais celles-ci sont moins intenses qu'avant le traitement électrique. Grosse crise douloureuse au mois d'avril 1901 qui dure une quinzaine de jours. A partir de fin juin 1901 (il y a eu à ce moment cent-cinquante séances), on cesse le traitement électrique. Il y a encore à partir de ce moment-là quelques « chatouillements douloureux » pendant vingt-cinq jours, mais à partir du 21 juillet

1901, et après une crise douloureuse assez forte qui a duré quatre jours, la douleur n'est jamais revenue.

Le malade pense que le résultat obtenu doit être attribué en partie à des purgatifs fréquents et au régime lacté qu'il suit depuis un certain temps. Il nous fait remarquer qu'il a déjà eu des périodes complètement dépourvues de crises et que la plus longue de ces périodes a été de cinq mois.

Revu six mois après, en février, le malade est toujours dans un état très satisfaisant. En mai 1902, il a ressenti quelques fourmillements insignifiants pour lesquels nous avons conseillé une reprise temporaire du traitement. Toutefois, ces sensations pénibles n'ont pas persisté. Le malade nous a déclaré à ce moment qu'une séance d'une heure lui procure un soulagement considérable, que d'autre part, les élancements qu'il ressent ont une mollesse toute spéciale.

En juin, les douleurs n'ont pas reparu, les fourmillements ont à peu près complètement cessé.

Obs. VI. — Mme O..., âgée de soixante-dix-sept ans : névralgie faciale. Il y a quinze ou seize ans, cette malade a reçu au-dessus de l'œil droit un coup assez violent, et croit devoir attribuer sa névralgie à cette cause. Toutefois, ce n'est que depuis six ans que la malade souffre dans la région droite de la face de douleurs qui, faibles au début, et ne donnant lieu qu'à une sensation de chatouillement, localisées d'abord à la tempe, ont gagné progressivement en intensité et en étendue.

Les douleurs se présentent sous forme de crises à intervalles irréguliers cinq à six fois par jour environ. Avec le temps, les crises deviennent de plus en plus intolérables. Au mois de janvier 1900, elle est renversée par un cheval. Cet accident, toutefois, n'amène aucune modification dans son état. Enfin en septembre de la même année, les douleurs restées jusque-là tolérables sont devenues extrêmement violentes. Elles surviennent pendant le repos aussi bien qu'à la suite du moindre mouvement. Un effort quelconque, soit pour se baisser, soit pour se lever, provoque une crise.

Cette crise dure un temps variable; la durée maxima a été de une heure et demie; d'ordinaire cependant la crise dure quelques minutes.

La malade a essayé de nombreux médicaments dont aucun n'a donné une véritable amélioration. Elle a subi le traitement électrique à partir du 21 novembre 1900 (séances de vingt minutes, 4 milliampères). Après la 56e séance, la malade déclare que les crises sont aussi nombreuses qu'avant le traitement, mais peut-être moins fréquentes la nuit qu'autrefois.

En tout cas, les crises, au lieu de durer une demi-heure, ne

durent que cinq minutes au maximum, et leur intensité est beaucoup moindre. La malade ne veut pas quitter le traitement électrique. Alors qu'autrefois, elle ne pouvait ni manger, ni parler, en raison des douleurs aigues que soulevaient ces mouvements; actuellement elle prend facilement quelques aliments et cause longtemps, sans aucune douleur. Malheureusement, la malade a contracté une bronchite qui l'a forcée à interrompre le traitement et depuis lors, elle ne l'a jamais repris.

Obs. VII. — Mme F..., envoyée par le Dr Bruhl, trente-trois ans; brocanteuse. Depuis octobre 1900, accuse des névralgies dans tout le domaine du trijumeau droit; ces névralgies sont venues sans cause appréciable et nous n'avons pu actuellement rapporter leur origine à aucune étiologie évidente; elles ont débuté en octobre 1900 et ont augmenté d'intensité vers le milieu de ce mois. D'ordinaire elles se présentent sous la forme de crises, de douleurs aiguës en coup de fouet, sans aura cependant, douleurs que la malade essaie de maîtriser en maintenant sur sa figure une immobilité absolue des traits.

Les douleurs surviennent vers trois heures de l'après-midi, vont en augmentant jusqu'au soir, se prolongeant la nuit et empêchant la malade de reposer. Vets onze heures, le repos devient possible et les douleurs disparaissent jusqu'au lendemain matin, où elles reprennent mais d'une façon extrêmement légère; il n'y a pas d'hyperesthésie; pas de points de Valleix; le seul fait saillant est la chute habituelle des cheveux du côté malade, trouble trophique sur lequel, du reste, la malade attire plusieurs fois notre attention.

Vers la fin janvier, c'est-à-dire trois mois après le début de la névralgie, sont apparus des troubles gastro-intestinaux survenant par crises et caractérisés par constipation opiniâtre, éructations, douleurs au creux épigastrique, douleurs abdominales, sortes de coliques, ressenties comme des mouvements péristaltiques « analogues à des serpents, dit la malade » vomissements pituiteux et glaires, surtout au moment des crises douloureuses, mais pas exclusivement matutinales.

La malade, toutefois, avoue prendre fréquemment, dans l'intention de se tonifier, de l'eau de mélisse et de la menthe; chose curieuse, ces crises douloureuses produisent sur la névralgie une sorte de dérivation, car celle-ci s'atténue dès que les troubles gastro-intestinaux apparaissent. Actuellement la névralgie faciale alterne avec les troubles intestinaux et augmente dès que ceux-ci cèdent. La malade a eu recours au bromure et à d'autres potions de différente composition sans résultat apparent. Depuis plusieurs mois la névralgie est assez intense. La malade présente en outre un léger goitre avec tachycardie, et un peu de tremblement mais sans exophtalmie.

A l'examen physique on constate de la dilatation gastrique, un bruit très net de clapotage, la langue est sale, sèche. La malade se plaint d'avoir notablement maigri; elle ne présente absolument aucun stigmate d'hystérie, bien que nous ayions recherché cette cause avec le plus grand soin; pas de syphilis, pas d'épilepsie et rien de particulier dans les antécédents.

Traitement. — Bien que cette forme de névralgie semble indéterminée, nous soumettons la malade au traitement électrique, le 27 avril 1901; elle a eu des applications quotidiennes pour sa névralgie faciale et des séances tri-hebdomadaires pour son entérite. Dès la huitième séance (8 milli-ampères, à raison de trente minutes, durée minima) l'amélioration se produit au dire de la malade. Les crises sont plus rares et les douleurs moins violentes. Il se trouve que chaque jour apporte de l'amélioration, mais ce qui est assez singulier, c'est que les douleurs conservent leur même régularité, apparaissent dans l'après-midi, pour se terminer vers le soir. Au bout de 20 séances, on constate une amélioration très manifeste.

En juin, après 37 séances, elle demande à cesser son traitement et à retourner dans son pays. Le 27 décembre de la même année, sa mère nous dit qu'elle n'a plus ressenti aucune douleur depuis qu'elle est revenue chez elle. Le 1er janvier 1902, elle nous écrit que « de la tête elle se trouve presque complètement guérie. »

Ajoutons que pour ses troubles intestinaux et sa constipation nous avons tenté le traitement galvanique ondulé qui nous a donné, non pas la guérison absolue, mais une amélioration très marquée des symptômes intestinaux, amélioration qui a persisté au dire de la malade.

Obs. VIII. — Mme B..., fleuriste; névralgie faciale. Cette malade a cessé tout traitement au bout de quatre séances n'ayant pu constater aucun résultat à la suite de ces quatre séances.

Obs. IX. — B. A..., cinquante-sept ans, a eu de 1873 à 1881 de nombreux accès de fièvre palustre contractés au Mexique, au Congo, à Panama, où il était obligé de coucher à la belle étoile.

En 1899 la névralgie a débuté à la suite d'un coup de froid sur la joue, dans une rue où il y aurait eu un violent courant d'air. Ce furent d'abord des douleurs peu intenses mais dont l'acuité augmenta progressivement, si bien qu'au bout de peu de temps, la mastication était devenue impossible, et que le moindre attouchement ou le moindre mouvement amenait des douleurs atroces.

A ce moment le malade redoutait la pression la plus minime sur la figure qui provoquait à coup sûr une crise. Chose remarquable

les crises se succédaient sans périodicité aucune. Il fut traité à cette époque par les courants continus[1] et l'électricité statique, traitement qui parut avoir produit un certain résultat et un léger soulagement, en ce qui concerne du moins l'intensité des douleurs.

Il n'est resté après ce traitement que des douleurs venant à intervalles variables plusieurs fois par mois, et se reproduisant, soit à la suite de frottements ou d'attouchements de la figure, soit à la suite de courants d'air, de changements de température, de passage d'un temps chaud à un temps froid, d'un temps humide à un temps sec.

Ce traitement électrique a été suivi pendant six à sept mois à raison de trois fois la semaine, puis la névralgie a disparu pendant treize mois. Jusqu'en février 1901 le malade n'a absolument rien ressenti sauf cette impression « qu'il avait une joue ».

En février 1901 ayant été obligé de sortir beaucoup par le froid, le malade sent le besoin de garantir sa joue avec son mouchoir. Le froid subit et le temps humide provoquent à ce moment le retour des douleurs ou tout au moins une recrudescence très marquée rendant à nouveau les mouvements douloureux et la mastication très pénibles. Toutefois ayant constaté qu'il suffisait de se frapper légèrement le côté malade pour diminuer la douleur, le malade utilise ce procédé de pseudo-massage pour prendre ses repas.

Les douleurs changent souvent de type, affectant tantôt le type nocturne, tantôt diurne, se présentant tantôt sous la forme d'éclair, tantôt sous la forme de pincements, tantôt sous la forme de douleurs en zig-zag, mais, caractère particulier, ces crises douloureuses sont toujours entrecoupées d'intervalles libres de tous phénomènes douloureux.

Après avoir essayé encore l'électricité avec des courants de 15 à 16 milli-ampères pendant un mois, et obtenu une très petite amélioration, le malade continuant à avoir des douleurs, consulte le Pr Bergonié qui lui conseille des courants très intenses appliqués sur une grande surface.

Pendant un mois on essaya les hautes intensités (30 et 35 milliampères, traitement fait tous les deux jours). La douleur alors, de superficielle qu'elle était serait devenue profonde. Ayant placé l'un des pôles, non plus sur le tégument mais dans la bouche, sur la muqueuse, le malade détermina la production d'une escarre. A plusieurs reprises le malade avait du reste essayé le traitement par la quinine, traitement qui ne donna aucun résultat en ce qui concerne les grandes douleurs. Il faut ajouter qu'en dehors des accès

[1] Application de tampons sur les points d'émergence pendant une ou deux minutes.

de névralgie faciale à forme grave que présente ce malade, il existe de temps à autre des périodes où apparaissent de petites crises d'un caractère spécial survenant régulièrement le soir à la même heure (paludisme larvé) mais qui toujours s'éteignent au bout de peu de jours, après un traitement par la quinine associée à l'antipyrine.

Lorsque le malade vient nous trouver, il éprouve des douleurs violentes, non pas au point qu'il soit dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche pour parler ou manger, mais suffisantes toutefois pour qu'il ne se passe aucun repas ou aucune conversation sans de nombreuses douleurs.

Le malade présente en outre du tic vrai, c'est chez lui un état de spasme intermittent qui donne l'impression du mâchonnement.

Le sillon jugo-nasal se trouve très accentué et aurait du reste été marqué davantage. Il y a là comme une sorte de contracture permanente. Le malade accuse encore de l'épiphora bilatéral lorsqu'il est soumis au froid, et cela sans doute, en raison du spasme des conduits lacrymaux. En ce qui concerne les troubles sensitifs il n'y a à noter qu'une diminution du goût. A aucun moment il n'y a eu de zona ophtalmique et pourtant le malade déclare avoir eu il y a deux ans du zona intercostal. Notons que plusieurs dents ont été arrachées sans aucun résultat.

Traitement. — Le malade a fait lui-même les applications sous notre direction et cela pendant une heure tous les jours, avec 4 milli-ampères d'intensité.

Après six mois de traitement, ayant éprouvé une amélioration très notable il a suspendu l'électricité pendant plusieurs jours, et n'a pas continué à épronver de douleurs.

Il s'est produit une petite crise cependant, vers le mois de janvier 1902, au moment des grands froids.

En mai le malade déclare être depuis deux mois dans un état très satisfaisant, n'avoir plus que quelques sensations pénibles « des douleurs molles », dit-il, « mes nerfs paraissent engourdis, et la douleur ressemble maintenant plutôt à un mal de dents qu'à une névralgie faciale vraie. »

Il y a encore quelquefois à intervalles très éloignés, de petits éclairs, mais absolument supportables. Le tic a perdu également de son intensité et ne se montre que d'une façon exceptionnelle et très atténuée.

Obs. X. — Mme L... — *Antécédents héréditaires.* — Comme antécédents héréditaires, nous notons une névralgie faciale chez sa mère, névralgie dont elle a souffert énormément, siégeant du côté droit et qu'aucun traitement médical n'a réussi à faire dis-

paraître. Cette névralgie,apparue au moment de la première grossesse, aurait cessé au bout d'un certain temps, pour réapparaître d'une façon définitive à la ménopause et s'installer d'une façon permanente.

Chez notre malade, le début remonte à 1899, c'est-à-dire à trois ans. Déjà il y a dix ans la malade se plaignait de douleurs lancinantes pénibles, dans la région oculaire, survenant surtout la nuit, douleurs intermittentes et vagues qui se sont accompagnées parait-il, à deux reprises différentes, d'une amblyopie d'une durée de huit jours. Cette amblyopie aurait coïncidé avec des douleurs très violentes, et la malade soumise à l'obscurité guérit rapidement de cette complication. Ces douleurs vagues se sont localisées ultérieurement à la région malaire, à la région du nez et à la lèvre supérieure du côté gauche.

Depuis deux ans la névralgie s'est installée d'une façon plus franche, elle a commencé par des douleurs aiguës coïncidant généralement avec la fin des règles. Ces douleurs étaient d'abord continues et extrêmement violentes, puis au bout de quelques mois elles ont procédé avec intermittences, les crises étant séparées par un intervalle de trois à quatre minutes et chaque accès durant environ une trentaine de minutes. Quand la crise approche, la malade la devine par une lassitude.considérable de tout son être, des sensations pénibles dans les jambes.

La malade compare ses douleurs à des coups de marteau extrêmement violents, à des secousses électriques, et la crise se termine généralement par un épiphora abondant. Lorsque les douleurs sont extrêmement violentes, elles s'accompagnent parfois d'un léger tic où plutôt d'un léger ressaut du côté malade, mais ce n'est pas là un phénomène constant.

Actuellement les accès durent deux minutes, puis disparaissent pendant plusieurs heures; leur nombre en vingt-quatre heures est très variable quelquefois 2, 3, 5, 6 ; d'autres fois la journée se passe d'une façon absolument normale, sans accès aucun. L'air vif, le contact de l'eau, la mastication rappellent la crise.

Le point de départ de la douleur, parait être le nerf sous-orbitaire; la douleur descend en effet de ce point le long du sillon jugo-nasal, atteint la lèvre supérieure, et finit par envahir toute la joue. On constate au moment de l'accès et seulement pendant cette période, une hyperesthésie marquée du côté malade. La face de ce côté est rouge, injectée, chaude ; on ne constate en dehors de ces phénomènes aucune modification de la sensibilité, dans aucun de ces modes; il n'y a ni troubles de la sensibilité gustative ni salivation anormale; mais la malade déclare que pendant les crises très violentes il y a suppression complète de l'écoulement salivaire du côté malade.

Il est difficile de rattacher cette névralgie à une cause précise. Il

faut noter que la malade a eu des dents cariées, qui ont été enlevées sans produire aucune amélioration. Le début de la maladie remonte à trois ans et la ménopause qui date de cette époque serait d'après la malade en corrélation avec l'affection qu'elle présente.

On lui a fait plusieurs traitements, par exemple de l'électricité avec la machine Gramme rotative, traitement suivi d'amélioration pendant un mois et demi mais auquel ont succédé après ce temps des douleurs peut-être plus intenses encore qu'auparavant. Elle a été également traitée par l'extrait thébaïque, qui a produit une amélioration évidente, et il n'est resté depuis ce moment (quelques semaines avant le traitement électrique actuel) que des douleurs moins accentuées qu'auparavant.

C'est à cette époque (janvier 1901) que nous avons commencé le traitement électrique, d'abord à raison de 5 mA pendant vingt minutes, et, à partir de la 15e séance, la malade déclare ne plus souffrir du tout et n'avoir à se plaindre que de quelques douleurs vagues dans les yeux.

La malade éprouve de nouveau quelques douleurs espacées pendant le mois de juillet 1901, et c'est à partir de cette époque que nous faisons des séances de trente minutes. Ces douleurs diminuent vers la fin août et au commencement de septembre, bien que la malade ne suive son traitement que d'une façon très irrégulière. Le 23 septembre elle nous déclare n'avoir plus que de petites crises faibles et rares. A partir de ce moment, cette malade est venue très irrégulièrement, demandant quelques séances au moment de la réapparition des douleurs et malgré notre conseil de se soumettre à un traitement régulier. Toutefois le traitement qu'elle a suivi paraît avoir eu quelque efficacité, puisque le 3 janvier 1902 elle nous déclare qu'il n'y a aucune comparaison à faire entre son état actuel et les atteintes antérieures. En juin 1902, après être revenue prendre encore de-ci de-là quelques séances, elle nous déclare que son état avoisine presque la guérison, tellement elle est tranquille et satisfaite des résultats obtenus.

Obs. XI. — Mme S., cinquante-six ans. vient en juillet 1901; névralgie faciale depuis vingt-cinq ans, ayant subi une recrudescence très marquée depuis un an.

L'observation détaillée de cette malade a été égarée.

Cette malade a subi un traitement d'une durée de quatre mois environ. Les séances ont été d'une heure avec une intensité de 4 m A. Au bout de 45 séances, on a pu noter une amélioration très marquée, mais celle-ci n'a pas persisté au delà des premiers jours de janvier et à partir du 10 janvier 1902, l'état de la malade ne s'améliore plus. Elle cesse le traitement le 17 mars, désespérée et souffrant autant qu'au début du traitement. Elle retourne à Dijon où elle habite.

Obs. XII. — Mme P.., soixante-cinq ans, habite Salins (Jura). Un an après son mariage, brusquement pendant une nuit, elle est prise de douleurs en coup de marteau à l'angle externe et supérieur de l'orbite gauche. Ces douleurs avaient une durée variable, mais présentaient cependant une période de calme, elle-même plus ou ou moins longue. Six mois après, ces douleurs disparaissent, et pendant cette période de rémission la malade se marie.

Réapparition des douleurs au 6e mois de la grossesse mais avec un autre caractère. Elles siègent à la face, sur la lèvre supérieure, l'aile du nez, le front, la tempe gauche. La malade les compare à des tremblements électriques occasionnant des douleurs très vives « en charbon ardent, en lame de canif, dit-elle, qui s'étendent dans son cerveau où il y aurait une plaie que chaque mouvement de la figure, le rire, le bâillement, l'action de mordre viendrait déchirer davantage ».

On lui arrache une dent (la canine) bien qu'elle fut intacte. Pas de soulagement. Une mouche placée sur la région temporale gauche aurait beaucoup calmé les douleurs. Puis pendant une douzaine d'années, rémission.

En 1880, retour des douleurs avec les mêmes caractères pendant un an environ.

Ensuite nouvelle rémission entrecoupée de quelques périodes douloureuses seulement. A partir de 1893 retour définitif de la névralgie. Depuis 1893 les douleurs n'ont pas cessé, il n'y a pas de périodes de rémission sauf en été pendant deux mois environ. Impossibilité de manger, la malade est obligée de « sucer du bouillon » elle ne peut ni avaler la salive, (probablement hypersecrétion) ni tousser, ni cracher. Elle ne peut se débarbouiller sans provoquer les douleurs les plus atroces.

État actuel. — Les trois branches du trijumeau paraissent également atteintes; il paraît y avoir une légère prédominance sur l'ophtalmique. Les points douloureux d'émergence ne peuvent être décelés. Les paroxysmes reviennent à chaque instant. Hypersensibilité de la peau particulièrement marquée dans la moitié supérieure de la face du côté du cuir chevelu. Hyperesthésie de la langue et des gencives. Comme troubles moteurs, il y aurait eu (nous n'avons pu en être témoin) des secousses convulsives dans le sourciller, l'orbiculaire et le releveur de l'aile du nez. En tous cas la malade affirme avoir eu des secousses dans les accès les plus forts. Hypersécretion lacrymale quand la crise est violente.

Étiologie. — Rien de particulier dans les antécédents. Pas de fausse couche ; la malade a eu 3 enfants dont l'un est mort de méningite, et les autres sont actuellement bien portants. Aucune des causes générales invoquées d'ordinaire (paludisme, rhumatisme, hystérie, tabes, etc). Pas de troubles oculaires, pas de signe

d'Argyll. Syphilis improbable. La seule étiologie plausible mais bien banale, est la carie dentaire. Elle s'est fait extraire des dents bonnes et mauvaises, sans soulagement consécutif cependant.

Traitement. — Le traitement est commencé le 15 novembre 1901, quarante-cinq minutes par jour avec une intensité de 4 à 6 milliampères. Au bout de dix jours, la malade éprouve un grand soulagement, n'ayant plus que quelques crises rares, de peu de durée et de peu d'intensité. A la fin de décembre, il se produit une très grande amélioration. Dans les premiers jours de janvier cependant, recrudescence légère des douleurs.

Ces douleurs, assez violentes, de dix à quinze minutes de durée qui n'existaient plus les jours précédents persistent jusqu'au 10 janvier; à partir de ce moment les phénomènes douloureux diminuent progressivement avec quelques alternatives de recrudescence peu marquée. La seconde partie de janvier et février se passent sans douleur notable. Le 10 février, la malade déclare que depuis quinze jours elle n'a pas éprouvé une seule douleur et que les dernières qu'elle a ressenties étaient insignifiantes.

Elle part le 17 février pour son pays, malgré notre insistance. Sa dernière note porte : Dimanche 16 février : Venue ce matin pour la dernière fois avant son départ; déclare ne plus rien ressentir, sauf quelques petites douleurs passagères et de durée extrêmement courte; se trouve très satisfaite du traitement qui a duré juste trois mois: hier et aujourd'hui, aucune douleur.

Nous avons reçu d'elle quatre lettres : la premiére où elle nous dit que du 17 février au 17 mars, il n'y a eu que quatre à cinq petits éclairs et seulement la crainte hypothétique d'une récidive. « Je n'ose me débarbouiller fort ». La deuxième lettre (du 17 mars au 17 avril) il y a eu le 26 mars plusieurs éclairs dans les gencives, et le 6 avril trois éclairs dans le cerveau, ce qui lui a donné une grande frayeur, mais ces éclairs ne se sont pas reproduits. « Mais il y a souvent encore quelque chose dans la gencive, quand je commence à mâcher; pourtant depuis deux jours, je ne sens plus rien ».

Du 17 avril au 18 mai, les éclairs dans la gencive persistent et il y a de temps à autre, quelques irradiations dans le cerveau. Du 17 mai à la fin juin, la malade se plaint encore de quelques douleurs, mais rares, et sans comparaison aucune avec les douleurs d'autrefois. Il est certain que si cette malade avait pu reprendre de temps à autre le traitement l'amélioration première aurait persisté d'une façon beaucoup plus marquée.

Obs. XIII. — M[me] M..., névralgie faciale du type grave depuis trois ans. A eu plusieurs rémissions : la première année, la névralgie a duré trois mois; la deuxième année deux mois, et en 1900,

depuis octobre, lanévralgie provoque des douleurs très intenses, moins violentes cependant que l'année précédente, mais ayant subi depuis plusieurs jours une recrudescence marquée ; les périodes de rémission n'ont jamais été absolument calmes, il y a toujours eu des périodes de névralgie atténuée. Elle s'est fait arracher toutes les dents sans résultat.

Traitement.— Du 14 au 24 décembre 1901, elle a eu huit séances ; elle revient le 6 janvier 1902, et nous informe qu'elle va partir à la campagne pour un mois; elle souffre cependant toujours beaucoup, mais déclare avoir trouvé un grand soulagement dans les applications que nous lui avons faites.

Obs. XIV. — M[me] L..., soixante ans, est prise de névralgie dans le côté droit de la face, depuis octobre 1901, sous forme d'élancements douloureux. Déjà depuis deux ans elle avait éprouvé quelques atteintes de très courte durée, sorte de secousses électriques, d'éclairs, partant du sillon jugo-nasal, pour remonter sur le côté externe de l'orbite et s'irradier à la région frontale. Le début de ces phénomènes paraît coïncider avec un tamponnement fait pour épistaxis rebelle.

En octobre 1901 les douleurs fugaces sont devenues beaucoup plus fréquentes, plus intenses et plus tenaces.

Elles surviennent par accès durant une vingtaine de minutes. D'après les dires de la malade il est difficile de se rendre compte du type exact de la névralgie, toutefois il semble bien se rapprocher du type grave.

L'accès commence par des éclairs qui passent devant les yeux, immédiatement suivis d'une sensation de déchirement dans la moitié droite de la face. Entre les accès il n'y a qu'une sensation d'endolorissement. Ces accès se répètent quinze à vingt fois par jour au minimum. Souvent ils apparaissent toutes les cinq ou dix minutes, d'autres fois, toutes les demi-heures seulement. Pendant l'accès la malade ne peut ni manger. ni parler, ni marcher, ni se livrer à une occupation quelconque. Le sommeil est parfois rendu impossible par la répétition et l'intensité des douleurs. Jamais il n'y a eu le moindre tic; il n'y a pas non plus de grimaces, la malade cherche au contraire à obtenir l'immobilité la plus complète de la face au moment de l'accès.

Dans les premières semaines la névralgie était localisée sur le nerf sous-orbitaire, puis peu à peu la douleur a envahi tout le côté droit de la face.

Hyperesthésie très marquée dans la région d'émergence du trijumeau s'étendant au bulbe pileux est parfois telle, que la malade ne peut ni mettre son chapeau ni se coiffer. L'apparition de l'accès est accompagnée de troubles vaso-moteurs, injection de la face,

chaleur gênante, rougeur des paupières. L'épiphora n'apparaît plus que dans les périodes très violentes.

Bien entendu la malade a épuisé toute la série des médicaments et des moyens usuels depuis l'antipyrine jusqu'au siphonage et cela sans bénéfice apparent.

Le 6 février, elle commence le traitement électrique.

Dès les premières séances, la malade éprouve un notable soulagement et peut dormir, les douleurs ayant presque complètement cessé la nuit. Au bout d'un mois de traitement, les douleurs ont diminué très notablement de violence et les accès s'espacent. Au bout de deux mois de traitement la malade déclare n'avoir plus que quelques petites douleurs passagères.

A partir de juin la malade se trouve dans un état très satisfaisant et cesse de suivre le traitement d'une façon régulière. Fin juillet au retour de la campagne elle demande à compléter son traitement parce que depuis le 20 juillet elle a eu de petits accès plus intenses, mais ne ressemblant néanmoins en rien aux accès d'autrefois. La durée est de une seconde au lieu de vingt minutes et il n'y en a que trois à quatre par jour au lieu du minimum de quinze.

Obs. XV. — Mme B..., trente-quatre ans. Le début de la maladie remonte à trois mois et paraît d'origine grippale. La malade venait d'avoir une atteinte de grippe très légère ayant duré quatre à cinq jours. Au cours d'une grossesse, la malade aurait déjà éprouvé des douleurs faciales analogues, à celles qui la font souffrir actuellement qui, cependant, n'ont pas été traitées, ces phénomènes ayant disparu au bout de très peu de jours.

Peu après la cessation de la fièvre (février 1902), la malade ressent de chaque côté de la région occipitale, des douleurs névralgiques plus accentuées à droite qu'à gauche.

Ces douleurs se sont ensuite localisées sur le sommet de la tête. s'accompagnant d'un degré assez marqué d'hyperesthésie (attouchement des cheveux extrêmement pénible, impossibilité de se coiffer). Enfin elles se sont fixées à la région frontale. Ces douleurs sont continues avec périodes d'exacerbation, consistant en élancements qui durent un quart d'heure en moyenne sans phénomènes moteurs ni convulsifs d'aucune sorte, sans aura précurseur et se produisant sans raison aucune, très violentes le matin; les paroxysmes durent une demi-heure, puis cessent.

Dans le courant de la journée, elles réapparaissent, mais localisées cette fois au sommet de la tête ou à la région occipitale. Enfin le soir, vers quatre heures, les phénomènes douloureux se montrent à nouveau, non pas dans la région frontale mais tantôt au sommet de la tête, tantôt plus en arrière. Pas d'aura dans tous ces accès.

Au commencement du mois de mai, les douleurs ont complète-

ment cessé sur le sommet de la tête; seules les douleurs de la région occipitale droite et de la région frontale ont persisté; elles s'accentuent au moment des changements de temps.

La malade a été mise en traitement, et au bout d'un mois, les douleurs de la région frontale ont disparu presque complètement, ne laissant plus qu'une légère sensibilité. Les paroxysmes sont devenus très rares, très légers, et ne réapparaissent que tous les trois ou quatre jours seulement.

Obs. XVI et XVII. — Ces deux observations ont trait à des malades atteints de névralgie du type grave.

Chez l'un de ces deux malades, le début remonte à six ans, chez l'autre à trois ans environ.

Le traitement a été commencé chez ces deux malades en mars 1902 (séances d'une heure tous les jours, intensité de 4 à 6 milliampères). La date relativement rapprochée du commencement de ce traitement ne nous permet pas de porter sur les résultats des conclusions définitives. Toutefois ces deux malades ont été améliorés dans une très notable proportion, et leur état actuel est jugé comme très satisfaisant.

Nous nous proposons de communiquer leur histoire avec quelques autres de malades actuellement en traitement, mais seulement lorsque nous nous y croirons autorisés par la constatation d'une amélioration suffisamment durable et persistante.

RECUEIL DE FAITS.

Fibromatose et paralysie générale;

Par le Dr A. CULLERRE.

L'affection connue sous le nom de *maladie de Recklinghausen* est-elle est toujours congénitale?

Est-elle due à une altération anatomique du système nerveux? C'est ce qui n'est pas encore établi d'une façon incontestable. Les auteurs toutefois s'entendent pour admettre que, chez les sujets atteints de cette maladie, il existe une certaine *faiblesse congénitale* du système nerveux qui fait d'eux une catégorie à part de dégénérés. A ce titre, l'observation que nous allons donner et qui nous offre un cas jus-

qu'ici unique, croyons-nous, de paralysie générale chez une femme atteinte de dermofibromatose congénitale et probablement héréditaire peut présenter un certain intérêt.

O... Zélina, femme C... quarante-sept ans, marchande ambulante, mariée, un enfant, est admise d'office par transfèrement de l'asile de Niort, le 30 avril 1901, avec le certificat suivant : « alcoolisme chronique; affaiblissement intellectuel; tentative de suicide et d'incendie pendant un accès ; état physique bon ; peut être transférée ». Le certificat de vingt-quatre heures est ainsi conçu : « atteinte de psychose polynévritique d'origine alcoolique ; démence, perte totale de la mémoire, impulsions automatiques au suicide, vague délire de satisfaction et de richesses, symptômes de névrite des membres inférieurs ».

On constate à l'entrée de l'hyperesthésie cutanée ; les réflexes sont très exagérés, la démarche est un peu spasmodique ; le pied gauche est un peu pendant ; pas de trépidation épileptoïde. L'excitation plantaire provoque la flexion des orteils. Pupilles égales réagissant bien à la lumière ; chute légère de la paupière et du sourcil gauches; abaissement de la commissure labiale du même côté.

L'état mental est caractérisé par une hébétude profonde avec perte totale de la mémoire dont la malade a une vague conscience ; elle répète à chaque instant : « Je ne sais pas... je ne sais plus... je n'ai plus d'idées ». C'est sa seule réponse aux questions que nous lui posons relativement à ses antécédents, au temps actuel et au lieu où elle se trouve. Par moments, elle manifeste un peu d'exaltation cérébrale avec idées de satisfaction et de richesses : « elle a fait un gros héritage de son père ; elle a plus de cent mille francs » ; pas d'embarras de la parole.

Nous revenons sur l'examen physique pour décrire une particularité tératologique importante qu'on relève sur cette malade. Elle est atteinte de fibromatose généralisée du tégument externe tout entier.

Le visage est couvert de petites tumeurs sessiles, très confluentes en certains points, fermes sans être dures, adhérentes à la peau qui, à leur niveau, est lisse sans différer, comme aspect, du tégument voisin; il y en a depuis la grosseur d'un grain de blé jusqu'à la grosseur d'une petite noisette ; les plus grosses sont au menton.

Dans le cuir chevelu les tumeurs plus disséminées sont beaucoup plus volumineuses ; l'une atteint la grosseur d'une noix ; deux ou trois celle d'une cerise ; elles sont pédiculées plus ou moins molles, un peu molluscoïdes.

Sur la poitrine les tumeurs sont très confluentes dans toute la région sternale ; elles sont beaucoup moins nombreuses sur les

seins. Elles affectent les unes la forme sessile et dure et les autres la forme molluscoïde et molle.

Sur les bras elles sont discrètes. Sur le bras gauche, un peu au-dessus du pli du coude, on remarque un gros fibrome pédiculé.



Fig. 10.

Sur les jambes et les pieds elles sont assez nombreuses, grosses, plutôt sessiles et dures.

Le dos, du cou au sacrum, en est littéralement couvert ; sur un fond de petits fibromes sessiles se détachent de nombreuses excroissances molles à pédicule large, surtout dans la région médiane.

Ce n'est pas tout. On relève sur différentes parties du corps des

nœvi sous forme de larges taches pigmentaires de couleur plus ou moins foncée depuis le jaune jusqu'au brun noir. Il existe une de ces larges taches sur la partie postéro-interne de la jambe droite, un autre à la partie supéro-interne de la cuisse du même côté et une troisième sur une large étendue de la fesse gauche.

La photographie ci-dessus donne une idée suffisante de cette singulière affection.

La malade nous a affirmé qu'elle « avait ça de naissance » et que sa mère était affectée de tumeurs semblables.

11 *mai*. — Depuis hier soir elle a eu trois attaques épileptiformes : perte de connaissance, pâleur, chûte, puis rougeur de la face sans convulsions; au bout de quelques instants, elle revient à elle et se livre à des mouvements automatiques comme de chercher dans ses poches, de ramasser quelque chose à terre.

1er *juin*. — Erysipèle de la face, à la suite d'une écorchure au nez, terminé par guérison.

6 *juin*. — Une attaque épileptiforme hier. Persistance de la démence massive. L'intelligence ne manifeste d'activité que pour les fonctions végétatives. Tous les matins elle nous accueille par cette invariable formule « J'ai grand faim ; si vous saviez comme j'ai faim ». On continue aussi à constater quelques vagues idées de satisfaction et de richesses.

27 *juillet*. — Un peu d'excitation cérébrale sans modification de la santé physique; elle radote de la façon suivante : « Je ne suis pas malade; c'est de l'ennui; mon pauvre père est mort; il n'y pas longtemps... Quel malheur! il n'y a plus de morale, plus rien... Je n'aime plus ma petite fille comme autrefois. Elle n'a pas bon cœur. Elle a peut-être fait quelques bêtises. Je ne veux pas penser à ce qu'elle a fait... Je n'ai plus d'idées, plus de mémoire. Je ne me rappelle plus d'un instant à l'autre ». Les membres inférieurs continuent à être faibles et la démarche un peu spasmodique. Aussitôt qu'on veut explorer la sensibilité, le corps entier entre en une raideur généralisée intense. Pupilles toujours égales et réagissant bien ; mais depuis quelques temps on constate un peu d'embarras de la parole avec achoppement syllabique. Les attaques épileptiformes reviennent à peu près tous les mois.

22 *décembre*. — Attaques épileptiformes en série. Abrutissement profond ; gâtisme ; les membres refusent tout service; elle ne quitte plus le lit.

5 *janvier* 1902. — Entérite grippale à forme grave, suivie de cachexie, d'escarres au sacrum et de marasme progressif.

6 *mai*. — A la suite d'une série d'attaques la malade, profondément cachectique, succombe le 6 mai.

Autopsie. — Epanchement très abondant de liquide sous-arachnoïdien ; méninges transparentes mais très congestionnées avec

suffusions sanguines étendues à toutes les régions antéro-latérales des hémisphères. Artères saines, non épaissies, à part quelques points très restreints sur la Sylvienne gauche à son origine.

Hémisphère droit : poids 440 grammes; extrêmement ramolli et diffluent; adhérences de la pie-mère à la substance grise confluentes et profondes sur les deux tiers antérieurs; en l'enlevant, elle entraîne en certains points presque toute l'épaisseur de la substance grise jusqu'à la substance blanche que l'on sent indurée au fond de l'anfractuosité; la substance grise est d'ailleurs réduite à une lame très mince. Pas de granulations épendymaires. A la coupe, pas de lésions en foyer.

Hémisphère gauche : poids 460 grammes. Les adhérences sont beaucoup moins généralisées que du côté opposé ; elles sont surtout profondes de chaque côté de la scissure de Sylvius; l'atrophie et le ramollissement de la substance grise sont moins marqués, ce qui explique la différence de poids des deux hémisphères. Pas de granulations épendymaires dans les ventricules.

On ne trouve aucune tumeur fibreuse sur le trajet des nerfs superficiels ou profonds malgré les recherches opérées à ce point de vue. On fait même la dissection du plexus brachial dans toute son étendue : elle est absolument négative.

Les viscères n'ont pas été examinés.

Nous ne savons si, en dehors de l'alcoolisme, il y a lieu d'incriminer quelque autre cause occasionnelle dans ce cas de paralysie générale. Nous ignorons notamment si cette malade a eu la syphilis. La seule chose d'ailleurs qui nous paraisse intéressante dans cette observation, c'est la coïncidence de la fibromatose, affection congénitale et familiale, d'après les dires de la malade, dont il n'y a pas lieu de suspecter la véracité, car elle n'a jamais varié sur ce point malgré son état de démence, et de la péri-encéphalite, maladie tenue comme la plus accidentelle des psychopathies, et considérée généralement comme se développant ordinainairement en dehors de la prédisposition et chez des individus à cerveau primitivement bien constitué.

Or, si la fibromatose est l'indice *d'une faiblesse congénitale du système nerveux*, suivant l'expression même des auteurs, ce cas viendrait s'ajouter à ceux déjà nombreux, où l'on voit la paralysie générale frapper des prédisposés, des dégénérés, voire mêmes des imbéciles.

En 1888, M. L-F. Arnaud publiait deux cas de paralysie générale chez des imbéciles, rappelait deux observations analogues l'une de Morel, l'autre de M. Christian et ratta-

chez la faiblesse congénitale cérébrale de ses malades à l'alcoolisme des parents[1].

En 1893, mon interne Gagnerot, dans sa thèse intitulée, « *De la prédisposition dans la paralysie générale* » donnait des exemples de paralysie éclose sur le terrain de la dégénérescence[2].

En 1897, Luigi Cappelletti publiait un mémoire sur la paralysie générale chez les imbéciles[3].

En 1899, je publiais moi-même, dans les Annales médico-psychologiques, une observation du même genre et j'avançais cette opinion que « presque tous les paralytiques généraux de la classe rurale sont des débiles[4] ». Les observations que j'ai recueillies depuis ne sont pas de nature à me faire changer d'opinion.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. **Observation d'états psychiques anormaux survenant périodiquement**; par S. Kure (de Tokio). (*Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1900).

Dame de cinquante-deux ans, mariée à vingt-deux, ayant eu huit grossesses normales. Hérédité nerveuse. Enfance normale sauf depuis l'âge de treize ans : céphalalgie habituelle. Enfant, elle avait un caractère calme et réfléchi; adulte, elle était vive, sociable, fort recherchée et aimée. Existence régulière. Grande fumeuse de tabac.

A trente-neuf ans, elle est grosse pour la neuvième fois et accouche prématurément au huitième mois. Trois semaines plus tard, à des intervalles de cinq jours, elle est, durant une heure ou deux, assaillies de défiances inexplicables avec crainte d'être volée. Au bout de trois mois, apparaissent des accès d'angoisse, compliquée d'agitation vive et de délire en rapport avec des illusions, qui reviennent à des périodes régulières et ne varient point.

[1] L.-F. Arnaud. *Deux cas de paralysie générale avec autopsie chez des imbéciles* (*Annales médico-psychologiques*, 1888).

[2] Gagnerot. Thèse de Paris, 1893.

[3] Luigi Cappelletti, *Revista sper. di Freniatria*, 1897.

[4] A. Cullerre. *Paralysie générale chez une imbécile* (*Annales médico-psychologiques*, 1899).

Chaque accès est ainsi constitué. Le premier jour, la malade est irritable, maussade, irascible, demi-anxieuse, elle ne dort pas. Puis arrive une véritable angoisse, à laquelle se joignent des illusions de l'ouïe, et bientôt des hallucinations, provoquant des idées de persécution ; il se produit une confusion mentale accusée. Graduellement absorbée par ce qui se passe en elle, insensible au monde extérieur, la patiente, en deux à trois jours de cet état, devient stupide et cataleptoïde. Peu à peu, elle s'endort debout : ses paupières se ferment, son corps s'accote à un appui résistant et demeure tranquille et immobile. On éprouve beaucoup de peine à la tirer de cette somnolence ; il faut pour cela l'interpeller vigoureusement, et ce réveil ne dure qu'un instant, mais si, à ce moment, on lui présente une pipe allumée, elle la fume. La somniation dure habituellement trente heures ; elle rétrocède insensiblement pour laisser la place à la lucidité. L'intervalle lucide est de trois à cinq jours, absolument normal pendant les premières années de l'affection, il est teinté maintenant tantôt de gaîté, tantôt d'hébétude. L'amnésie de ce qui s'est passé au cours de l'accès est totale. A la suite de cet intervalle lucide, les phases de l'accès reparaissent dans l'ordre indiqué. Chaque accès est précédé et suivi d'une légère exaltation. Diagnostic impossible.

P. Keraval.

II. De l'origine de la catatonie; par A. Pisniatschewsky. (*Obozréni é psichiatrii*, V. 1900)

Travail fort substantiel accompagné de six observations personnelles et d'un tableau des mensurations crâniométriques.

Conclusions. — 1. La catatonie est un type morbide autonome qui appartient au groupe des psychoses dégénératives. — 2. Les signes s'en manifestent généralement à vingt ans, mais il existe des cas précoces et des cas tardifs.— 3. Elle est incurable mais son évolution est traversée par des phases accentuées d'amélioration, suivant la gravité et le caractère de sa forme. — 4. Ses symptômes ne présentent la plupart du temps pas le même relief : pendant que les uns sont fortement marqués, les autres sont simplement esquissés. — 5. Il faut considérer comme symptômes constants : la diminution de la sensibilité à la douleur et l'exagération de la tonicité musculaire. — 6. La démence progressive plus ou moins rapide en est l'élément intellectuel P. Keraval.

III Manie aiguë produite par le Tænia (?); par Barcia Cahuillero, (*Siglo Médico*, n° 2503).

Il s'agit d'un jeune homme conduit à l'asile de Santiago dans un état de manie aiguë avec agitation extrême. Le traitement ordinaire n'amena qu'un calme relatif laissant persister un état de

confusion incohérente absolue. Ayant constaté des anneaux de tænia dans les selles du malade on administra l'extrait de fougère mâle: un tænia armé long de sept mètres fut expulsé et le sujet fut radicalement guéri du jour au lendemain de tous ses troubles mentaux. Avec une prudente réserve l'auteur se range avec Esquirol, Luys, Hammond, etc., parmi ceux qui admettent la présence de parasites de cet ordre comme cause de troubles vésaniques et se demande si un cas aussi net ne peut venir à l'appui de cette opinion. F. B.

IV. **Psychose infectieuse** ; par le Dr V. Otz y Esquerdo. (*Revista de Medicina y cir. pract.* n° 696).

Une malade à la suite d'une fièvre puerpérale est frappée de confusion mentale. L'auteur déconseilla d'abord l'internement et isola simplement la malade avec nn traitement très actif pour parer aux accidents somatiques qui menacèrent encore sa vie. Après un an l'état mental restant mauvais la malade est internée avec un non-restreint absolu et traitée toujours très assiduement et rationnellement. Sa guérison survint complète après deux années de maladie, et a résisté depuis à des chocs moraux tres graves. L'auteur s'appuie sur ce fait pour déclarer que les aliénés sont bien plus souvent curables que ne le pensent les gens du monde et nombre de médecins, et que quelque longue que soit la durée des symptômes le traitement ne doit jamais cesser d'être actif, et le découragement ne doit jamais relâcher la thérapeutique. F. B.

V. **Troubles psychiques dans un cas de tumeur du lobe frontal**; par les Drs Cestan et Lejonne.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, chez qui l'existence de névrite optique, de céphalée, de vomissements, permit, avec l'évolution de la maladie, de diagnostiquer une tumeur cérébrale. Les attaques d'épilepsie jacksonnienne permettaient de dire qu'elle siégeait non loin de la scissure de Rolando, du côté gauche. Le peu d'intensité de l'hémiplégie, l'absence d'aphasie incitaient à penser que la zone rolandique était irritée, mais non détruite.

La localisation précise d'une tumeur au niveau du lobe frontal était difficile, en raison des conclusions peu positives qui se dégagent de l'examen des cas publiés.

Le tableau clinique des troubles intellectuels chez la malade avait présenté deux stades bien différents. Au début, il y avait une compression cérébrale générale, caractérisée par la céphalée, les vomissements, la névrite optique; avec elle coïncidaient des phénomènes de torpeur générale. Plus tard, tous les phénomènes somatiques de compression cérébrale générale disparurent pour faire place à une période psychique caractérisée par des troubles de la

mémoire, la perte de tout sentiment affectif et un état d'euphorie remarquable.

A l'autopsie, on trouva, au niveau du lobe frontal gauche, une tumeur du volume d'une grosse orange, variété de sarcome des méninges, ayant refoulé puis détruit les circonvolutions cérébrales avoisinantes. (*Revue neurologique*, septembre 1901.) E. B.

VI. **L'instinct sexuel**; par Féré (*Revue de Médecine* 1899).

L'instinct peut être défini une activité, un potentiel héréditaire, qui est mis en jeu par les excitants extérieurs et peut se manifester au moment de la naissance ou beaucoup plus tard. Les différents instincts s'établissent dans la série animale suivant un ordre qui constitue une hiérarchie persistante. Les instincts qui ont pour but la préservation de l'individu apparaissent d'abord, puis ceux qui ont rapport à la préservation de l'espèce et à celle des groupes sociaux. L'instinct sexuel qui a pour but la préservation de l'espèce se développe plus tard que les instincts individualistes. Chez l'homme, il devient un instinct complexe ; d'abord ayant simplement pour but l'acte de la conjugaison, il se complique d'instincts relatifs à l'attraction sexuelle puis à l'union permanente et à la protection des êtres procréés.

L'instinct sexuel apparaît en général et en corrélation étroite avec le développement des organes sexuels. Cette corrélation peut quelquefois faire défaut ; elle constitue alors un déséquilibre de l'instinct. L'instinct sexuel est en outre mis en jeu par des excitants extrinsèques, impressions tactiles, olfactives, etc., émotions, excitants intellectuels. La valeur de ces excitants varie suivant chaque individu ; mais il y a perversion et déséquilibre de l'instinct lorsque l'un d'eux est prépondérant ou est nécessaire pour éveiller l'instinct. Toutefois chez les races civilisées, l'élément intellectuel tend à diriger l'instinct sexuel et à présider à la sélection. Impulsif et sensuel chez le sauvage, l'amour tend à devenir parental chez le civilisé.

Cette évolution de l'amour peut réaliser un élément de sélection tendant à l'élimination des types chez lesquels cet amour parental est le moins développé (mortalité plus grande chez les enfants élevés en nourrice, chez les enfants naturels, etc.). M. H.

VII. **Contribution à l'étude des perversions sexuelles**; par le Dr Serge Soukhanof. (*Annales médico-psychologiques*, février 1901.

L'auteur rapporte l'histoire d'un homme de vingt-sept ans chez qui, après des essais de coït non suivis de succès, l'impulsion normale pour le sexe féminin se transforma en une impulsion anormale de forme rare.

Il remarqua un jour que cela lui faisait plaisir de regarder une femme uriner ou aller à la selle. Peu à peu il constata qu'il

lui venait l'envie de prendre l'urine d'une femme pendant qu'elle urinait et de boire cette urine. Il parvint à trouver accidentellement des lieux d'aisance où, sans être remarqué par la femme qui urinait, il pouvait prendre de son urine et la boire; ce manège provoquait chez lui non seulement l'excitation sexuelle, mais encore une éjaculation. Il répétait cette manœuvre presque tous les jours et en arriva à prendre dans sa main et à avaler non seulement de l'urine mais encore des matières fécales.

Mais un jour, après avoir pris dans la bouche de l'urine et des excréments, le malade sentit une irritation à la bouche et une démangeaison à la lèvre. Il eut peur d'avoir attrapé la syphilis, courut de médecin en médecin en suppliant qu'on le lui dise franchement et finit par avouer ses tristes habitudes.

L'examen de la sphère psychique du malade et de ses antécédents démontrent d'une manière très claire que l'anomalie sexuelle en question n'est qu'un des nombreux symptômes de dégénérescence psychique qu'on peut constater chez lui [1]. E. B.

VIII. **La Volupté, la cruauté et la religion**; par le Dr P. Gannouchkine (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1901).

Il a été beaucoup dit à propos de la connexion du sentiment religieux et sexuel, encore plus, peut-être de la connexion de la cruauté et de la volupté; mais comparativement peu, à propos de la connexion du sentiment religieux et de la cruauté, et encore moins à propos de la connexion de ces trois sentiments réunis.

Des recherches effectuées par l'auteur, il résulte que la religion, la cruauté et la volupté sont très proches parentes; un de ces sentiments s'élève à côté de l'autre, ou est remplacé par l'autre.

De ces trois sentiments, le plus fort est le sentiment sexuel; le sentiment religieux et la cruauté, en certains cas, doivent être regardés comme des succédanés du tout puissant instinct sexuel. Les juges, les instituteurs et les moralistes ne doivent jamais oublier cette parenté.

Enfin, la réunion de ces divers sentiments dans un groupe peut avoir de l'importance pour la classification naturelle physiologique des sentiments, classification qui est possible dans l'avenir. E. B.

IX. **De la valeur sociale des dégénérés**, par les Drs Rémond et Lagriffe. (*Annales médico-psychologiques*, janvier-juin 1901.

Les nombreuses et intéressantes observations de dégénérés recueillies par les auteurs, peuvent se diviser en trois groupes : dans le premier, la déchéance est complète; dans le second, la criminalité simplement morale ou à la fois morale et sociale est évidente, la relégation future certaine; dans le troisième enfin,

[1] Voir un cas s'en rapprochant, 1902, t. XIV, p. 462.

l'individu tend à s'expatrier, cherchant ainsi le milieu nouveau dans lequel il rencontrera moins d'occasions de conflit avec des lois sociales moins précises.

La suggestibilité intensive et pathologique des malades des deux derniers groupes devient l'adjuvant le plus précieux dans le traitement. Pour instituer une thérapeutique rationnelle, il est un certain nombre de facteurs dont il faut tenir le plus grand compte : 1° les dégénérés sont des héréditaires ; par conséquent, il faut les arracher à leur milieu ; 2° il faut les placer dans un milieu spécial, les réunir et non pas les noyer dans un milieu normal qui les découragerait et dans lequel les conditions spéculatives que l'on sait empêcheraient que l'on s'occupât d'eux ; 3° il faut utiliser le seul moyen existant pour fixer leur attention, par conséquent, il faut éliminer toute tentative pour une instruction abstraite et se localiser uniquement dans le domaine concret.

Mais on ne peut prétendre que ce soit là un traitement curatif; ces malades sont des victimes de la société et de sa prétendue civilisation ; là est le mal, là aussi seulement est le remède.

Ce qui fait que nous dégénérons, c'est que de parti pris, pour ainsi dire, puisque nous en sommes instruits, notre vie est un défi constamment jeté à l'hygiène naturelle ; puisque malgré tous les cris d'alarme poussés, pour ne parler que des plus grands dangers, la syphilis et l'alcool, dont quelques-uns vivent et dont tous meurent, évoluent librement devant une société complice.

E. Blin.

X. **Un cas de folie brightique** ; par le Dr Viallon. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1901).

Les troubles mentaux consécutifs aux états infectieux avec albuminurie sont fréquents. Ils se traduisent d'ordinaire par de la confusion mentale, avec ou sans agitation, et le plus souvent, avec des illusions et des hallucinations sensorielles, quelquefois des idées de persécution liées à des troubles de la sensibilité. Une hygiène sévère, la diète lactée, les purgatifs, les font en général disparaître en peu de temps. Dans les cas d'albuminurie chronique, de mal de Bright, les résultats que l'on peut obtenir par le régime lacté sont évidemment moins certains ; on observe des guérisons temporaires ou plutôt des rémissions d'assez longue durée relevant directement de la médication ; en tout cas, les bénéfices du traitement n'en sont pas moins importants.

L'observation publiée par l'auteur en est un exemple intéressant. Il s'agit d'une femme soignée dans le service de M. le professeur Pierret et qui, du fait de la diète lactée, a eu trois rémissions très nettes dans son état mental ; elle a pu sortir de l'asile une fois pendant plus d'un mois, et les deux autres fois elle a été plus ou

moins longtemps sans présenter de troubles mentaux. Fait surtout digne d'être noté : la cessation des troubles mentaux a toujours coïncidé avec la disparition de l'albumine dans les urines. Du reste, la plupart des conceptions délirantes de la malade se rattachaient d'une façon étroite aux troubles albuminuriques.

E. B.

XI. **Deux cas de manie guéris à la suite d'une infection grave**; par M. Ayémar. (*Annales médico-psychologiques*, août 1901.

Il s'agit de deux cas de manie, guéris l'un à la suite d'une pneumonie grave, l'autre consécutivement à un phlegmon diffus de l'avant-bras.

Si la disparition du délire et de l'agitation par l'installation d'un état fébrile est d'observation très ancienne. le fait de l'intervention d'une affection grave dans la guérison d'une vésanie est plus digne d'intérêt et tout d'actualité, étant donné les théories qui tendent à prédominer à l'heure actuelle dans la pathogénie des affections mentales.

L'effet incontestable d'une infection très virulente sur l'état mental pourrait servir d'amorce à des recherches thérapeutiques basées sur l'inoculation de cultures microbiennes dont on sait aujourd'hui faire varier la virulence, et dont l'action pourrait être dosée après des études expérimentales conduites avec toute la prudence que réclame un pareil sujet.

Une première tentative faite dans cet ordre d'idées par le Dr Catala a porté des fruits assez appréciables pour engager à tenter de nouvelles expériences. E. B.

XII. **La folie des foules. Nouvelle contribution à l'étude des folies épidémiques au Brésil**; par le Dr Nina Rodrigues. (*Annales médico psychologiques*, janvier-octobre 1901).

Dans une première étude sur une épidémie de folie religieuse au Brésil, l'auteur s'était attaché à démontrer la nature morbide du cas.

Il reprend l'étude de ce sujet dans un travail des plus intéressants et des plus documentés, duquel il résulte que la formule de Sighele relative à la responsabilité juridique des foules est tout au moins insuffisante.

Si, dans une foule arrivée à l'apogée de l'exaltation, c'est-à-dire au moment précis où son activité destructive et criminelle a atteint son maximum d'intensité, le simple état suggestif se transforme en un vrai délire plus ou moins transitoire, il est clair que les principes sur lesquels repose la responsabilité juridique de ses membres seront les mêmes que ceux qui sont applicables à l'aliénation mentale et non à l'hypnotisme.

De ce fait, la responsabilité juridique des foules s'évanouit complètement dans le cas ou le vrai délire collectif est indiscutable et. dans les états de foules moins intenses, la peine doit être atténuée parce que les instigateurs et les chefs sont toujours suspects d'un fort déséquilibre mental.

Toutefois, l'analyse psychologique de la foule s'imposera à chaque cas, car elle seule permet de vérifier si les chefs ou meneurs sont des criminels reconnus et dangereux, auquel cas, qu'ils soient ou non en état de foule, une répression énergique sera toujours méritée. E. Blin.

XIII. Les abus sexuels : ce qu'il faut entendre par ces mots; par Me Jennie G. Duncan. (*The New York Medical Journal*, 13 juillet 1901.)

L'abus sexuel ne consiste pas seulement dans la violation grossière de la loi de continence, mais dans toute union dans laquelle on recherche le plaisir au lieu de rechercher uniquement la propagation de l'espèce. Sous le couvert du mariage on s'accorde à soi-même beaucoup trop de privilèges : d'ailleurs si le monde était pur, la cérémonie du mariage serait parfaitement inutile ; mais comme il ne l'est pas, cette cérémonie est encore nécessaire.

Il parait que lorsque ces vérités seront plus connues, et surtout mieux pratiquées, le monde sera plus heureux, et surtout meilleur, car il faut rendre justice à Madame (ou Mademoiselle) Duncan elle ne se plaint pas de l'humanité au point de vue de la quantité, mais de la qualité. R. de Mulgrave-Clay.

XIV. Recherches urologiques et hématologiques dans la démence précoce; par les Drs Dide et Chénais.

De recherches faites sur 18 cas de démence précoce, les auteurs concluent que dans cette affection : 1° parmi les globules blancs, les éosinophiles sont plus nombreux que normalement ; 2° la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures est légèrement au-dessous de la normale ; 3° l'urée est nettement diminuée ; 4° les phosphates sont à peu près normaux comme quantité ; 5° les chlorures sont augmentés ; 6° l'albuminurie, même intermittente est exceptionnelle (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1902).

E. B.

XV. Les hallucinations unilatérales; par le Dr Séglas.

Une hallucination est dite unilatérale lorsqu'elle est localisée par le sujet dans une seule des moitiés symétriques d'un même appareil sensoriel, fonctionnant d'ordinaire simultanément.

L'étude des hallucinations unilatérales se limite à celles de la vue et de l'ouïe, l'ouïe étant plus fréquemment atteinte. Ces deux

sens peuvent être affectés isolément ou simultanément chez le même sujet et dans ce cas l'ouïe et la vue sont intéressés du même côté.

On retrouve dans les hallucinations unilatérales les mêmes catégories que pour les hallucinations bilatérales à savoir des hallucinations élémentaires et différenciées, communes ou verbales.

Pourquoi certaines hallucinations se présentent-elles sous l'aspect unilatéral ? Ni les preuves cliniques ni les preuves anatomiquées invoquées ne sont démonstratives.

Est-ce à dire qu'on doive, au nom de l'anatomie, rayer ce symptôme de la séméiologie psychiatrique ? On n'est pas plus fondé à s'appuyer sur des données anatomiques trop étroites pour expliquer l'hallucination unilatérale que pour nier d'emblée son existence possible.

D'ailleurs il existe nombre de faits très comparables, parfaitement admis en physiologie ou en pathologie, bien que l'on n'ait pu jusqu'à ce jour en fournir une explication définitive : ne reconnaît-on pas une place dans la séméiologie nerveuse à l'amblyopie unilatérale fonctionnelle, fût-elle en contradiction avec les données étroites de l'anatomie ?

Pourquoi l'hallucination visuelle unilatérale, tout aussi bien que l'amaurose, ne résulterait-elle pas d'un désordre psychique d'ordre supérieur, d'un trouble de la conscience dans le domaine de la vision binoculaire, puisque, dans toutes les deux, nous voyons cette fonction se rétablir lorsqu'elle vient à être sollicitée, et les perceptions extérieures, comme l'hallucination, se manifester dans certaines expériences sous leur forme habituelle.

Il est à remarquer que, la plupart du temps, les hallucinations unilatérales rentrent dans la catégorie des hallucinations dites à point de repère, et les résultats fournis par les observations cliniques concordent parfaitement avec ceux des expériences de M. Binet sur les hallucinations à point de repère des hystériques.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les hallucinations unilatérales s'accompagnent très fréquemment de troubles divers de l'appareil sensoriel périphérique du même côté qui peuvent intervenir pour provoquer, entretenir et localiser le processus hallucinatoire, lui servir à l'occasion de point de repère intellectuel.

Les hallucinations unilatérales auditives sont le plus souvent verbales : elles supposent, de même que la perception auditive verbale, non seulement l'excitation du centre auditif commun, mais celle du centre auditif verbal. Or la fonction du langage est unilatérale et se trouve dévolue à l'hémisphère [illegible]

Comment concilier l'unilatéralité d'une [illegible] verbale avec son origine dans un centre indiffér[illegible] des sons ? Que les hallucinations verbales so[illegible] [illegible]té-rales, les centres corticaux en jeu sont [illegible] [illegible]tion

tantôt à droite, tantôt à gauche, ne dépend que du siège de la lésion périphérique déterminant le point de repère de l'hallucination. L'hallucination auditive verbale se trouve ainsi superposée au bruit subjectif, et c'est le caractère unilatéral de ce bruit subjectif qui fait l'unilatéralité de l'hallucination.

Que l'hallucination unilatérale soit auditive ou visuelle, on retrouve le rôle prépondérant d'un point de repère de nature variable. Alors même que ce point de repère serait constitué par des sensations subjectives, il ne joue pas le rôle d'un simple stimulus anatomique venant exciter le centre sensoriel correspondant. Il donne une direction psychologique, comme dans les cas où il se trouve déterminé par des associations d'idées, des habitudes plus ou moins conscientes. Son action s'exerce surtout sur l'attention qu'il fixe et dérive à son profit, en engendrant ainsi cet état de distraction qui porte atteinte à l'intégrité de la conscience et détermine ces troubles de la synthèse psychique d'où résulte l'abstraction, ou la négligence de l'une des images sensorielles et la localisation de l'hallucination du côté du point de repère unilatéral.

Donc si l'intervention des centres sensoriels corticaux est toujours nécessaire à la production d'une hallucination, elle ne constitue pas la seule condition, nécessaire et suffisante, ni de son existence, ni de sa localisation.

Lorsqu'il s'agit en particulier des hallucinations unilatérales, il importe de tenir compte d'autres facteurs, tels que l'état de l'organe sensoriel périphérique, l'existence de sensations subjectives, l'état mental du sujet, et des divers facteurs psychiques qui peuvent fournir un point de départ au processus hallucinatoire, non pas lui assigner un trajet purement anatomique, mais lui déterminer une direction psychologique, et influer plus ou moins directement sur la localisation unilatérale de l'hallucination en lui donnant un point de repère (*Annales médico-psychologiques*, mai-décembre 1902). E. Blin.

XVI. Paralysie générale à marche rapide avec crises d'angoisse; par le Dr Londe.

Il s'agit d'un tabétique méconnu, soigné comme neurasthénique et dyspeptique depuis des années, chez qui une crise d'anxiété avec angoisse précordiale et tachycardie à 140 marqua le début d'une paralysie générale à marche rapide dont la durée n'excéda pas trois mois. L'angoisse persista pendant tout le cours de la maladie. Il faut noter l'association à l'angoisse de la tachycardie sans fièvre, trouble bulbaire, et la mort rapide avec dyspnée, autre trouble bulbaire sans doute, ainsi que la syncope. Ce fait vient à l'appui de l'opinion qui fait de l'angoisse la manifestation d'un trouble bulbaire (*Revue neurologique*, juillet 1902).

E. B.

XVII. Vitiligo chez une folle; par le Dr Roudnew.

La question des rapports du vitiligo avec les maladies nerveuses est d'un certain intérêt; l'achromie cutanée peut affecter aussi des rapports avec les maladies mentales. Il en fut ainsi dans l'observation rapportée par l'auteur.

Dans ce cas, les taches blanches de différentes grandeurs étaient tout à fait symétriques d'un côté et de l'autre du corps; la sensibilité à leur niveau était tout à fait différente de la sensibilité de la peau aux endroits non dépigmentés. L'absence complète de pilosité sur le corps de la malade, la chute de tous les cheveux dans l'espace d'une semaine, la chute des dents de la mâchoire supérieure, la repousse ultérieure des cheveux et de trois dents, l'absence des symptômes tabétiques, le vitiligo et enfin la maladie psychique qui a terminé le cycle, tels furent les éléments de cette dystrophie complexe (*Revue neurologique*, juillet 1902). E. B.

XVIII. Des myopsychies (association des troubles musculaires et des troubles psychiques); par le professeur Joffroy.

La chorée de Sydenham, la chorée de Huntington, la maladie des tics, la maladie de Parkinson, la maladie de Thomsen, le tabes, la maladie de Friedreich, la syringomyélie et toutes les amyotrophies dites primitives, ainsi que les troubles mentaux qui les accompagnent fréquemment, ne sont que des manifestations diverses de la dégénérescence et forment un groupe naturel que M. Joffroy désignerait volontiers sous le nom de groupe des maladies musculo-psychiques d'origine conceptionnelle ou héréditaire ou, pour tout dire en un mot, sous le nom de myopsychies. (*Revue neurologique*, avril 1902). E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 26 *janvier* 1903. — Présidence de MM. Motet et Ballet

M. Motet, président sortant, remercie éloquemment ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant, pour la seconde fois, à diriger leurs travaux. Cette circonstance lui a permis de présider les fêtes du centenaire de la fondation de la Société médico-

psychologique et de rendre hommage à ses éminents fondateurs. Après avoir passé en revue les principales discussions qui ont eu lieu au cours de l'année, il adresse un nouvel adieu ému à MM. Falret et Dagonet, les derniers survivants d'une pléiade d'honneur qui ont rendu les plus grands services à la médecine mentale. M. Motet souhaite ensuite la bienvenue à M. Ballet et l'invite à le remplacer au fauteuil de la présidence.

M. Ballet remercie à son tour la société qui l'a appelé à succéder à un maître pour lequel il professe, depuis des années, la plus respectueuse sympathie. Il n'oubliera jamais l'accueil charmant que lui a fait M. Motet, le jour où il est allé lui demander d'utiles conseils dont il apprécie chaque jour davantage la valeur. « Je suis heureux, ajoute M. Ballet, de l'occasion qui m'est offerte de dire enfin tout haut ce que je pense tout bas depuis si longtemps. »

Il expose ensuite que la société est à un tournant dangereux de son histoire, déjà vieille de cinquante ans et qu'elle doit, sous peine de mentir à ses origines et se laisser devancer par de plus jeunes sociétés, s'appliquer à faire connaître le plus rapidement possible, au public médical, les travaux qui lui sont présentés; elle attirera ainsi les communications qu'elle doit être la première à recevoir.

Le Président annonce ensuite la mort de M. Febvré ; ce collègue doit être considéré comme le prototype du médecin d'asile auquel rien de ce qui peut intéresser ses malades ne doit demeurer étranger. Pitoyable à toutes les misères humaines, il dirigeait un service important à l'asile de Ville-Evrard, pour lequel sa mort constitue une perte difficilement réparable.

Commission des prix. — *Prix Moreau (de Tours)*. — MM. Antheaume, Dupré, Garnier, Joffroy et Moreau (de Tours) sont nommés membres de la Commission chargée de décerner le prix Moreau (de Tours).

Prix Belhomme. — MM. Bourneville, Magnan, Nageotte, Séglas et Sollier sont désignés pour faire partie de la Commission du prix Belhomme.

Prix Sémelaigne. — MM. Arnaud, Klippel, Pactet, Sémelaigne et Vallon désigneront le lauréat du prix Sémelaigne.

Commission des candidatures. — MM. Arnaud, Dupré, Legros, Pottier et Sollier sont élus membres de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place laissée vacante par la mort de M. J. Falret.

Recherches sur la topographie du sens cutané.

M. Philippe communique en son nom et au nom de M. Marillier, le résultat des recherches qu'il a entreprises avec un compas

analogue à celui de Weber pour 1° vérifier si, comme le prétend W. James, la forme et la dissemblance des contacts n'a aucune influence sur la perception de ces contacts; 2° reviser les anciennes tables de Weber où les mesures sont prises sporadiquement, et non en suite continue, ce qui ne donne que des indications incomplètes sur la topographie sensorielle de chaque région.

Pour éviter ce dernier inconvénient, les mesures ont été prises selon des lignes déterminées par des repères anatomiques faciles à retrouver :

I. Lignes latérales : 1° *antérieures* (à droite et à gauche) depuis l'omoplate jusqu'au pli de l'aine, en passant par le mamelon, le milieu de la rotule et le cou de pied; 2° *postérieures* du milieu de l'omoplate à l'extrémité du gros orteil en passant par le milieu du creux poplité.

II. Lignes médianes : 1° *antérieure* : du bord supérieur du sternum à la cime du pubis, en passant par l'appendice xyphoïde et l'ombilic; 2° *postérieure* : de la nuque (à la naissance des cheveux) au sacrum.

III. Lignes brachiales : 1° *antérieure* : de l'acromion à l'extrémité du médius, en passant par le milieu du pli du coude; 2° *postérieure* : de l'acromion à la racine de l'ongle du médius, en passant par l'olécrane.

Les explorations ont porté sur 4 sujets : elles ont été faites dans le sens longitudinal, par la méthode des tâtonnements, et selon la technique exposée pour éliminer les causes d'erreur. Le compas était armé alternativement de deux boules d'ivoire de 1 millimètre de diamètre, et d'une boule et d'un cylindre d'ivoire de 1 millimètre également : il a été pris près de 4000 mesures.

Les conclusions sont les suivantes :

1° Il est plus facile de sentir deux contacts dissemblables que deux contacts semblables. Chez tous les sujets étudiés, et chez les quelques personnes examinées en dehors de la série, l'écart nécessaire pour sentir deux contacts était toujours moindre, quand on employait une boule et un cylindre que quand on employait deux boules identiques. C'est à peine s'il y a eu 4 ou 5 exceptions accidentelles sur le total des mesures.

2° La sensibilité cutanée a été trouvée généralement plus affinée que ne l'indiquent les tables de Weber (sauf pour le visage).

3° La distribution de cette sensibilité ne varie pas seulement d'une région à l'autre : elle varie aussi dans la même région, d'un point à son voisin (ce que n'indiquent pas les tables de Weber, dont les explorations sont incomplètes) et il n'est pas rare de rencontrer, près d'une zone très sensible, une autre zone très peu sensible. Il ne semble pas que cette variation dépende de distributions des nerfs cutanés.

4° La sensibilité même de chaque région est sujette à des variations assez considérables : non pas durant la même séance, mais d'un mois à l'autre nous avons constaté des écarts et des changements importants. Ce qui reste toujours constant, c'est l'abaissement du seuil quand les contacts sont dissemblables.

Cette alternance des contacts semblables et dissemblables est donc la méthode de choix pour explorer la sensibilité cutanée et vérifier l'attention des réponses, toutes les fois qu'on veut faire un examen rapide et précis.

Le Président. — Les recherches effectuées sur la sensibilité sont toujours intéressantes, parce qu'elles sont souvent contradictoires et que leurs résultats varient chez un même individu avec les heures de la journée, le temps, la température, etc...

M. Christian demande si les expériences de M. Philippe ont été faites à une température uniforme.

M. Philippe. — Nos expériences ont été faites à une température variant entre 16 et 20 degrés centigrades. Comme le froid a pour effet de diminuer considérablement la sensibilité de la peau, nous avons opéré sur des modèles d'atelier, habitués à poser le nu et dont la peau est par conséquent moins sensible aux changements de la température ambiante.

Un rêve à répétitions.

M. Pron rapporte l'histoire d'un médecin qui, à plusieurs époques de son existence, a fait un rêve, toujours le même et relatif à sa vie de collège. Il s'imaginait être candidat au baccalauréat et avoir à répondre à un juge qui l'interrogeait sur l'histoire.

M. B.

Séance du 23 *février* 1903. — Présidence de M. Brunet.

Présentation de dessins d'aliénés.

M. Laroussinie montre des dessins exécutés par un aliéné et tellement en rapport avec son délire que, d'après le présentateur, ils portent avec eux une indication suffisamment précise pour permettre de reconnaître la forme de la maladie dont cet individu était atteint.

M. Arnaud fait passer à cette occasion, sous les yeux de ses collègues, une série de dessins émanant d'une aliénée dont le délire, systématisé se reflète aussi dans des détails qui caractérisent son délire.

Les idées érotiques dans l'épilepsie.

M. Marie communique deux cas d'épilepsie associée à des rêves érotiques suivis d'impulsions violentes et d'obsessions homicides.

Les deux malades sont des dégénérés héréditaires ; tous deux ont eu de l'épilepsie à la suite d'une fièvre typhoïde. Des impulsions violentes ont compliqué les crises après l'échéance de la puberté. Ils sont sujets à des rêves érotiques coïncidant avec les séries de crises ; la série aboutit à une ou plusieurs impulsions terminales à frapper ou tuer. Dans un cas, il s'agit d'une véritable obsession consciente, que le malade annonce en réclamant l'isolement pour s'en défendre. Le malade fut arrêté courant un couteau en main après des femmes inconnues, dans la rue.

De nombreux auteurs ont signalé des phénomènes de même ordre, tels sont certains cas signalés en médecine légale d'impulsions post-comitiales au viol ou simplement à l'exhibition, avec ou sans onanisme. Inversement on peut rapprocher ces cas de coïts éveillant la crise comitiale, tels que ceux relatés par Féré. Les deux phénomènes se trouvant associés plus ou moins indissolublement, l'entrée en action du centre génito-spinal réalise un syndrome épileptogène, l'attaque d'épilepsie entraînant d'autre part l'éréthisme sexuel et l'orgasme vénérien. Dans d'autres cas qui sont la règle, c'est le centre vésico-spinal qui s'associe au phénomène convulsif.

Car il n'y a point, dans l'émission de l'urine concomitante de la crise, un simple phénomène d'expulsion, dû au contact désordonné des parois abdominales et vésicales, mais un relâchement sphinctérien par action nerveuse centrale du centre correspondant. Un phénomène analogue se produisant dans le centre voisin de Budge, amènerait l'expulsion du sperme avec ou sans rêve érotique associé.

L'étude de ces cas pourrait peut-être un jour éclairer les problèmes médico-légaux qui se posent à l'occasion de certains crimes sadiques, périodiques et stéréotypés.

Du rôle de l'image motrice dans la vie sexuelle.

M. Cl. Vurpas. A la suite de recherches entreprises avec M. Vaschide soit sur des sujets sains, soit sur des aliénés, au sujet du rôle de l'image motrice dans la vie sexuelle, nous avons été amenés à quelques observations qui peuvent ainsi se résumer.

I. Il y a un rapport étroit entre la tendance à l'impulsion et le désir génital. Les impulsifs d'une manière générale manifestent dans leurs paroles, leurs propos, leurs gestes, leur mimique, leur attitude générale, un penchant marqué à l'érotisme.

II. La musique exerce une influence manifeste aussi bien sur l'état moteur général, dont elle est un tonique, que sur la vie sexuelle. Dans certains cas pathologiques, l'acte génital ne peut avoir lieu que sous l'excitation de la musique.

III. L'abattement et l'état de lassitude musculaire, qui suit l'acte génital, semble indiquer l'épuisement temporaire de l'activité motrice dans sa condition psychologique, l'image motrice.

IV. L'élévation brusque de la pression sanguine, sous l'influence d'une excitation sexuelle, tend à montrer le rôle de l'image motrice et de l'élément moteur dans la genèse, le développement et l'évolution de l'excitation génitale.

V. L'érotomanie, qui consiste dans une contemplation amoureuse pure, toute idéale, et dans laquelle le sujet est tout sensibilité, consiste précisément dans un trouble moteur, dans une insuffisance ou impuissance de l'image motrice. De ces différentes constatations, MM. Vaschide et Vurpas se croient autorisés à admettre :

a. L'acte génital consiste dans une tension de plus en plus accentuée de l'état moteur. Dans sa production et ses différentes phases l'image motrice joue le rôle primordial.

b. Dans l'acte sexuel, le système moteur tout entier est intéressé et intervient. L'équilibre moteur total arrive à un état d'excitation et de potentiel tel qu'il ne peut se maintenir à un taux aussi élevé et qu'à la suite on relève des phénomènes de fatigue et d'épuisement moteur.

c. L'excitation motrice se traduit également par des phénomènes circulatoires, vaso-moteurs, respiratoires, qui sont consécutifs aux phénomènes moteurs, en sont la conséquence et les traduisent au dehors.

d. Les érotiques sont des moteurs, et d'une façon générale presque tous les moteurs sont des érotiques.

e. Dans toute sa marche et toutes ses allures capricieuses, la vie sexuelle consiste dans l'évolution et la tendance au déclanchement de l'image motrice et de l'état moteur. Tous les préparatifs, tous les accessoires qui concourent à exciter les désirs génésiques sont surtout des excitateurs de l'image motrice. Tous les sens peuvent selon chaque individualité présenter une action excitatrice de l'état moteur, plus ou moins développée et accentuée selon les différents cas.

En terminant les auteurs insistent sur une distinction qui précise le sens et la portée de leurs observations. Entre l'image motrice proprement dite et l'image motrice devenue sexuelle, il y a une différence aussi bien dans la modalité que dans l'ensemble des phénomènes psychologiques ou plutôt des éléments mentaux, qui constituent la nature intime de l'image motrice.

L'image motrice proprement dite possède en elle-même tous les éléments de l'image motrice sexuelle, sauf l'émotion; l'image motrice ordinaire se résoud et s'achève dans ses éléments constitutifs, tandis que l'image motrice sexuelle se développe et se cons-

titue au contraire, à mesure que croissent d'intensité tous les éléments qui la composent. De nombreuses associations d'images entraînant secondairement à leur suite de nouveaux groupes, véritables satellites mobiles, se développent et évoluent, augmentant toujours d'intensité et de vitesse jusqu'à ce que le maximum d'excitation mentale soit atteint. Cette multitude de fragments d'images, d'éléments d'idées alimentés et nourris par une émotion toujours plus intense, donne à l'image mentale sexuelle une physionomie bien définie et bien particulière, qui porte à la faire considérer comme l'image motrice la plus intense et la plus émotive, c'est-à-dire la plus capable d'évoquer une émotion généralisée et réellement extériorisée.

Il semble que l'image motrice sexuelle mette en action de nombreux centres nerveux, dont chacun apporterait ses éléments à cette image particulièrement riche et ayant atteint le plus haut degré de cristallisation.

M. Laroussinie croit que l'influence de la musique sur les centres de la vie sexuelle varie dans les différents genres de musique.

M. Dupré ne pense pas que l'influence bien connue de la musique sur la sexualité puisse servir d'argument pour expliquer la nature motrice de cette influence, la musique étant une excitation d'ordre sensorio-psychique et pouvant s'exercer sur le processus génésique, sans l'intermédiaire de l'élément moteur.

M. Vurpas cite l'exemple d'une femme normalement réglée, dont les règles durèrent pendant les quinze jours qu'elle passa à Beyruth, où elle s'était rendue pour entendre du Wagner. Elles s'arrêtèrent sitôt qu'elle reprit le chemin du retour.

Elections. — M. Vigouroux est élu membre titulaire.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 5 *mars* 1903. — Présidence de M. Paul Richer.

Troubles fonctionnels de la moitié droite de la moelle consécutifs à un traumatisme de la main.

M. Monnier-Villard présente une malade chez laquelle un traumatisme de la main nécessita l'amputation d'un doigt. Cet accident eut un retentissement sur la moitié correspondante de la substance grise de la moelle dont les fonctions sont altérées, notamment au point de vue sensitif.

M. Marie a vu de nombreux cas de névrite ascendante ayant

causé des troubles médullaires à la suite de lésions des doigts, ces troubles ont été parfois jusqu'à la syringomyélie.

M. BALLET. L'existence de la névrite ascendante n'est qu'une explication, en tout cas elle n'est pas prouvée pour le cas présenté actuellement.

M. DÉJERINE insiste sur la fréquence des traumatismes insignifiants des doigts suivis d'atrophies et de douleurs le long des trajets nerveux. L'infection est bien la cause de ces complications.

Recherches expérimentales sur la mémoire immédiate des aphasiques.

MM. P. MARIE et N. VASCHIDE. Il résulte des recherches de ces auteurs que la mémoire immédiate des chiffres, des syllabes, des sons et des mots est sérieusement atteinte. Leurs sujets aphasiques n'avaient presque pas de mémoire immédiate et elle était limitée à la répétition spontanée du mot, de la syllabe et du chiffre prononcé. En moyenne. ils ne pouvaient plus retenir que trois, ou, maximum atteint très rarement d'ailleurs, quatre chiffres, quatre syllabes, etc. Parmi les mots dont l'évocation était plus facile et plus rapide, les verbes occupaient la première place. Les adverbes, les interjections et les pronoms indéfinis et tous les éléments linguistiques empreints psychologiquement des éléments émotifs et intellectuellement indéfinis paraissent pouvoir se fixer plus facilement dans la mémoire des aphasiques. Chez un sujet atteint d'aphasie traumatique la mémoire immédiate était excellente par rapport aux autres aphasiques, tout en étant réellement diminuée.

Paralysie flasque avec dissociation des réflexes.

M. DÉJERINE présente une jeune femme syphilitique atteinte de paraplégie flasque avec relâchement des sphincters, irtégrité de toutes les sensibilités, réactions normales à la galvanisation et à la faradisation, chez laquelle les réflexes tendineux sont abolis, les réflexes cutanés conservés et le signe de Babinski très net. Le traitement spécifique n'a donné aucun résultat.

Etude clinique de la forme tabétique des scléroses combinées.

MM. P. MARIE et CROUZON ont cherché quels étaient les signes permettant de faire le diagnostic de cette forme des scléroses combinées qui est le plus souvent une trouvaille d'autopsie, alors que la forme spasmodique de cette même affection correspond à une description précise et peut être souvent diagnostiquée.

La *démarche* d'un de leurs malades était caractéristique : il ne présentait pas d'incoordination, mais avançait ses jambes lentement en les traînant derrière lui comme s'il avait eu à tirer un poids lourd. Les auteurs ont retrouvé cette *démarche avec traîne-*

ment de jambes, chez un malade atteint d'hérédoataxie cérébelleuse. L'autopsie du premier malade a montré des lésions des cordons postérieurs combinées à des lésions du faisceau cérébelleux direct.

Les auteurs attribuent aussi une grande importance diagnostique à la *paraplégie* compliquant le tabes. Ce signe mentionné pour la première fois par Leyden et Bouchard en 1863 et en 1865 semble avoir été perdu de vue. Les auteurs ont pu vérifier son exactitude dans plusieurs autopsies.

Le *phénomène des orteils* de Babinski *chez les tabétiques* a pu leur permettre de faire dans plusieurs cas le diagnostic de sclérose combinée. Ils ont pu, par une autopsie, vérifier dans un cas, la valeur de ce signe. Ils signalent la fréquence de la cécité dans la sclérose combinée. Enfin ils ont pu relever chez un de leurs malades un début subaigu qui présentait les signes d'une infection cérébro-spinale. MM. Marie et Crouzon ont pu, par l'ensemble symptomatique qu'ils décrivent, dépister quatre fois la sclérose combinée chez 55 tabétiques de l'hospice de Bicêtre, soit dans une proportion de 1/13. Cette affection est donc plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

Trépidation épileptoïde.

MM. Léopold Lévi et Bauer. L'embarras peut être grand quand on trouve en dehors d'une affection nerveuse caractérisée le symptôme trépidation épileptoïde unilatéral avec tous ses caractères typiques et constants, surtout s'il existe chez un malade nerveux, dégénéré. On sait, en effet, que ce symptôme peut exister dans la neurasthénie et l'hystérie.

L'analyse un peu serrée d'un cas de ce genre concernant un malade de quarante ans entré à l'hôpital pour entérite chronique, permet cependant par suite de coexistence de flexion combinée de la cuisse et du tronc et peut-être du signe de Babinski de conclure à une affection organique, probablement plaque de sclérose rhumatismale.

Malformations congénitales des membres inférieurs.

M. Gombault présente un enfant sourd et muet dont le membre inférieur droit extrêmement diminué dans toutes ses dimensions possède un fémur, un tibia et un péroné de dimensions trop exiguës, le pied n'a que trois doigts ; le membre inférieur gauche plus mal conformé montre à la place de la cuisse et du genou une masse globuleuse, la jambe n'a qu'un tibia sans péroné, le pied a quatre doigts seulement. Les radiographies sont communiquées.

Note sur les altérations de la sensibilité et leur rapport à la perception de l'espace, dans un cas de sclérose combinée.

MM. Vaschide et Rousseau. L'examen d'un malade atteint de

sclérose combinée, D..., au point de vue de la dégénérescence des diverses formes de la sensibilité, et des modifications que la présence des troubles sensitifs entraîne dans la perception de l'espace, a conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

1° La sensibilité tactile superficielle, mesurée à l'aide d'aiguilles dont le poids varie entre 0 gr. 003 et 1 gr. (système Toulouse-Vaschide), est abolie sur les membres gauches et est très faible sur les membres droits. Sur ces derniers, les erreurs de localisation sont presque constantes.

2° La sensibilité à la douleur et à la chaleur thermique, mesurée à l'aide de gouttelettes d'eau distillée pesant o gr. 02, est diminuée. Le rapport de ces deux sensibilités est exprimé par la loi formulée par E. Veress pour l'individu normal : « A mesure que le seuil de la sensation de chaleur s'élève, le seuil de la sensation de douleur s'élève dans une proportion analogue ; les courbes exprimant les valeurs de ces deux sensibilités suivent une même marche ascendante ou descendante. »

3° La sensibilité musculaire profonde, dynamique, est seule conservée, et pour les membres supérieurs uniquement. Le système des sensations musculaires profondes des membres supérieurs forme la base de l'orientation dans la vie quotidienne du sujet. Deux groupes sont à distinguer. *a* : Sensations et mouvements gouvernés par le sentiment d'une direction et la connaissance d'un point de repère constant. *b* : Sensations et mouvements que ne guide pas l'idée d'une direction précise. Dans le premier cas, les localisations sont extrêmement précises et mesurées par la perception d'un espace angulaire. Dans le second, toute mesure est impossible et le sujet s'oriente à l'aide d'un système de plans définis exclusivement par la notion des positions successives du membre. Il apparaît de ces observations que l'espace visuel et l'espace moteur sont irréductibles et que ce dernier peut devenir le principe d'un automatisme musculaire original, exclusif des images mentales visuelles. Enfin s'il vient à se produire une dissociation très accentuée entre le sentiment de la direction qui coordonne la cinesthésie musculaire, et le sentiment de la position du membre, l'ensemble des sensations musculaires cessera de donner à la conscience l'impression d'une synergie, d'une concordance entre les divers groupes de ces sensations : de nouvelles variables seront introduites dans notre perception de l'espace, qui cesse d'être, dès lors, un espace homogène à trois dimensions.

Examen cytologique rachidien chez les tabétiques.

MM. Widal, Sicard et Ravaut pensent que les différences des résultats obtenus par eux et par M. Armand Delille et Camus tiennent aux différences des techniques et à l'insuffisance de celle de

ces deux derniers auteurs. Une nouvelle série de recherches a donné à M. Widal 36 lymphocytoses très accentuées sur 37 cas observés. Sa technique consiste surtout à ne pas transvaser, à centrifuger dans un tube effilé qui a reçu directement le liquide céphalo-rachidien à égoutter et à recueillir le culot avec une pipette capillaire. Enfin *étaler très peu* sur la lamelle. Il ne faut d'ailleurs pas croire que la présence des lymphocytes caractérise le tabes. On la rencontre dès le début de la syphilis, c'est une lésion banale qui peut se trouver dans toutes les irritations méningées et dans quantité de manifestations infectieuses courantes, même dans les oreillons ; elle n'a rien de spécifique. Il était seulement intéressant après une nouvelle série de recherches d'affirmer une fois de plus sa constance dans le tabes.

MM. P. Marie et Crouzon ont examiné le liquide céphalo-rachidien de vingt tabétiques de date et de formes variables. Ils ont constaté dans tous les cas la présence de la lymphocytose. Une seule fois la lymphocytose a été discrète ; il s'agissait d'un malade tabétique depuis huit ans, aveugle, ayant peu de douleurs et sans incoordination marquée. Dans les autres cas, il n'y avait pas de relation entre le degré de lymphocytose et la symptomatologie.

M. Vaquez a trouvé la lymphocytose dans un cas d'aortite syphilitique.

M. Brissaud a trouvé 8 fois la lymphocytose sur huit tabes.

M. Ballet a trouvé la lymphocytose 5 fois sur 8 tabès et 6 fois sur 8 paralysies générales.

M. Souques l'a trouvée 3 fois abondante dans 3 tabes confirmés, elle a manqué une fois dans un signe d'Argyll comme symptôme isolé et unique.

M. Dupré l'a retrouvée 2 fois abondante et une fois discrète sur 3 tabes.

M. Froin sur 7 tabes l'a trouvée 3 fois abondante, 2 fois moyenne, 2 fois légère.

M. Achard a trouvé la lymphocytose chez un paralytique général à la quatrième tentative seulement. Il ne l'a pas trouvée chez un autre paralytique à la première tentative.

MM. Gombault et Halbron n'ont eu qu'un examen négatif sur 11 cas.

M. Babinski a trouvé la lymphocytose dans tous les cas chez 10 tabétiques et 7 paralytiques généraux. C'est d'ailleurs un symptôme commun qui n'est nullement pathognomonique de la méningite spécifique.

M. P. Richer pense que pour mettre fin au débat MM. Armand Delille et Camus devraient recommencer leurs recherches avec la technique de M. Widal.

Hystérie tardive.

M. Dupré rapporte l'observation d'un cas d'hystérie mâle ayant débuté chez un vieillard de soixante-quatorze ans.

Atrophie du pédoncule.

MM. Guillain et Marie dans un cas de sclérose névroglique étendue au lobes frontal, rolandique, paracentral, temporal et pariétal, a trouvé tout le pied du pédoncule gauche atrophié ainsi que la totalité de la pyramide correspondante, les signes cliniques pendant la vie n'étaient pas adéquats à une pareille lésion.

Ramollissement localisé au locus niger.

M. Guillain montre les pièces d'un ramollissement du *locus niger* seul, avec sclérose du faisceau de Turk et de la pyramide.

F. Boissier.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 15 mars 1902.

Cas I. — Dr A. Korniloff et Dr A. Smirnoff ont fait *la description de deux malades avec présentation de l'une d'elles.* — Fillette de sept ans, née à terme et sans accident. Point de *lues* chez les parents. Le père mort à la suite d'un coup d'apoplexie, était un buveur. Agée de six mois, la fillette supporta une maladie infectieuse très grave, probablement la scarlatine et bientôt après la rougeole. Au dixième mois on remarqua pour la première fois un tremblement des extrémités supérieures et de la tête. La malade commença à marcher un peu à un an et demi, mais elle ne put jamais marcher sans l'aide de quelqu'un. A l'âge de deux ans, elle commença à parler. A l'âge de trois ans elle eut la varicelle, à six ans la diphtérie. La maladie empirait lentement; dans ces derniers temps la mère de l'enfant a remarqué un affaiblissement visible de l'intelligence chez sa fille; avant la fillette n'était pas gâteuse, à présent elle l'est.

Etat présent. — La fillette est d'une mauvaise nutrition; les glandes lymphatiques cervicales sont gonflées. Sur le menton on voit une cicatrice à la suite d'une exulcération ancienne. Dans les organes internes rien d'anormal. L'expression de la face est peu intelligente; la malade sourit continuellement. Les capacités mentales sont très affaiblies; dit plusieurs mots seulement; la

mémoire peu développée ; l'humeur toujours gaie, prononce les mots lentement, en traînant. Le tonus musculaire est exagéré. Point de paralysies, quoique les mouvements se fassent sans force suffisante à la suite de la rigidité. Pendant le repos on ne remarque point de tremblement, mais dans les mouvements ce dernier apparait comme dans la sclérose disséminée. La démarche est spasmodique et ataxique : la malade ne peut marcher sans soutien. Les réflexes tendineux ne sont pas exagérés. Le phénomène de Babinski tantôt existe, tantôt non. A la pression de l'os de la cuisse droite apparait une flexion exagérée des orteils en aspect de griffe. Du côté des nerfs crâniens on peut noter : un léger nystagmus, lorsque la malade tourne les yeux du côté droit ; des mouvements comme ataxiques, lorsque la malade tire la langue. Pendant la déglutition souvent elle avale de travers. La voix est nasale. Le rapporteur exclut dans son cas la sclérose disséminée et la pseudo sclérose de Strümpell et pose le diagnostic de la *paralysie infantile bilatérale*, ne se rapportant pas à la forme ordinaire, mais à celle qui apparait comme familiale ou héréditaire (cas de Drestfeld, Poliens, Frend, etc.). Le développement tardif des symptômes s'explique par les causes endogènes, comme dans les formes héréditaires : le nystagmus et le tremblement d'intention ne sont pas exclus du symptomocomplexus de la paralysie infantile, d'après les paroles de Frend.

Cas II. — Fillette de huit ans, entre à l'hôpital de Sainte-Sophie à Moscou le 13 janvier 1901. Jusqu'au mois de mai de l'année 1900, la petite était tout à fait bien portante. Depuis mai apparurent des *convulsions* cloniques, avant tout dans la moitié gauche de la face et bientôt après dans les membres supérieur et inférieur gauches. Les convulsions apparaissaient en forme d'accès qui étaient tantôt très fréquents, tantôt plus rares. Pendant les accès, la malade conservait toujours sa conscience ; le caractère n'était pas modifié.

Etat présent. — 18 janvier 1901. La fillette est de bonne nutrition. Sa colonne vertébrale présente la cypho-scoliose droite. Les organes respiratoires, de circulation, de digestion et urino-génitaux ne présentent rien de particulier. Rien d'anormal dans la sphère psychique de la malade. Point de céphalalgie, ni de vertige. La parole est régulière. *L'appareil moteur*, la position du corps est volontaire ; la démarche est un peu irrégulière ; la malade relève le pied gauche et le pose sur le bord externe de la plante. Dans l'état de nutrition des muscles, on remarque une certaine différence entre les membres supérieurs droit et gauche, en faveur du membre droit. Les mouvements actifs sont libres et égaux des deux côtés. Dans les mouvements passifs on ne remarque point ni rigidité, ni contractures. Point d'ataxie, ni de

mouvements choréiques involontaires, point de tiraillements fibrillaires, ni de tremblement. Les réflexes des enveloppes muqueuses et des enveloppes cutanées sont égaux des deux côtés. Le symptôme de Babinski apparaît quelquefois du côté gauche. Les réflexes tendineux sont un peu exagérés des deux côtés; les réflexes patellaires sont plus exagérés du côté droit que du côté gauche. La sensibilité dans toutes ses espèces n'est pas troublée ; le sens musculaire est, peut-être, légèrement troublé dans le membre supérieur gauche. Les fonctions des sens supérieurs ne sont pas dérangées. La langue, lorsque la malade la tire, se dévie un peu à droite ; le pli labio-nasal est plus accentué du côté droit; l'œil droit se ferme plus fortement que l'œil gauche. Les mouvements des yeux sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent bien. Le fond de l'œil est normal.

Souvent apparaissent des convulsions cloniques du muscle orbiculaire des paupières; outre ces convulsions, paraissant plusieurs fois par heure, surviennent encore des convulsions plus répandues après l'intervalle de un ou deux jours; ces convulsions débutent ordinairement par la contraction clonique du muscle orbiculaire gauche, parfois simultanément avec des tiraillements du coin gauche de la bouche; bientôt s'associent les convulsions cloniques du membre supérieur et ensuite du membre inférieur, lorsque déjà les muscles faciaux sont en repos. Vers la fin de l'accès les convulsions cloniques des membres se transforment en spasme tonique s'achevant par des contractions isolées très fortes des groupes musculaires isolés; l'accès dure deux ou trois minutes. La conscience est conservée. La sphère émotive et l'humeur sont sans modification. Deux semaines après l'entrée à l'hôpital, la malade fut atteinte de la rougeole, après laquelle les accès convulsifs se modifièrent d'une manière très marquée quantitativement et qualificativement.

Depuis le 11 février jusqu'au 19 février, il y avait 40-80 accès par jour. On ne parvint pas à suivre leur ordre à cause de leur fréquence. Outre les muscles qui participaient avant dans les convulsions, prirent part encore les muscles cervicaux, spinaux, et parfois les muscles du membre inférieur droit; certains accès se terminaient par un cri qui n'était pas épileptique, mais plutôt provoqué par la douleur dans les muscles en contraction. La conscience ne disparaissait point.

La malade, ce dernier temps, devint plus faible et plus maigre. On nota en ce temps la rigidité et la faiblesse de la cuisse, de la jambe, de la main et de l'avant-bras du côté gauche; le membre inférieur gauche était en état de pied bot. Les réflexes tendineux sont un peu exagérés des deux côtés; du côté gauche, on observe un clonus de la plante. La cypho-scoliose a augmenté; la parésie du nerf facial est plus marquée. Depuis le 1er mars jusqu'au 1er mai,

les accès commencèrent à s'affaiblir progressivement et au mois de mai cessèrent presque entièrement; parfois seulement apparaissaient encore des tiraillements de l'œil. Le poids de la malade augmenta et elle commençait à marcher; la faiblesse et la rigidité de la moitié gauche disparurent presque tout à fait et les auteurs la comptaient presque guérie.

Cet état dura jusqu'au mois de juillet, lorsque, sans aucune cause visible, réapparurent de nouveau les accès qui atteignirent dans l'intervalle de temps du 25 juillet au 12 octobre, la même fréquence qui a été notée pendant la rougeole. A la moitié d'août, de nouveau survint une amélioration progressive et vers le 20 septembre les accès apparaissaient seulement après 2-3 jours. La petite commença à marcher; l'état général était satisfaisant. Le 20 septembre, la fillette fut atteinte d'un typhus abdominal assez grave, la période fébrile dura à peu près trois semaines. Dans la période de la chute de température les accès convulsifs réapparurent et vers le mois d'octobre, leur fréquence était de 100 accès par jour. Les accès eux-mêmes étaient devenus plus forts et ont changé de caractère; l'ordre des convulsions n'était pas toujours constant: le plus souvent les convulsions commençaient de l'extrémité supérieure gauche, puis de l'extrémité inférieure et de la face; parfois les accès débutaient de la face ou du membre inférieur. Rarement, et surtout dans les accès très forts, participait le membre inférieur droit et encore plus rarement, le membre supérieur droit. La conscience, comme toujours, était conservée. Les contractures étaient le plus marquées dans les muscles spinaux et cervicaux et dans les fléchisseurs de la main et de la plante. Les réflexes tendineux étaient exagérés sur la plante gauche plus que sur la plante droite; un clonus très marqué avec symptôme de Babinski du côté gauche. Le fond de l'œil est normal. Au mois de novembre commença une amélioration lente, qui ensuite devint plus rapide. Vers le mois de janvier de 1902, les accès sont devenus assez rares, se limitaient seulement par des tiraillements de la face et du membre supérieur. L'état général s'améliora aussi. Actuellement, les nerfs crâniens, outre une parésie insignifiante du nerf facial, ne présentent rien de particulier. La sensibilité est normale. Les mouvements volontaires sont un peu limités encore dans les articulations brachiale et cubitale et plus dans la main.

Pendant les mouvements passifs on remarque des contractures dans les fléchisseurs de la main, du bras, de la plante et de la jambe. Les réflexes tendineux sont plus exagérés du côté gauche que du côté droit. Le clonus de la plante peut être provoqué facilement. Symptôme de Babinski et de Schaeffer très accentués. La démarche a un type un peu hémiplégique : la malade se met sur le bord externe de la plante, ne plie pas le membre dans le genou et dans la plante et emporte le pied de côté. La nutrition des muscles

du côté gauche est abaissée. L'excitabilité électrique par le courant continu est diminuée du côté gauche. Le muscle abducteur court du pouce donne la réaction de dégénérescence; dans les muscles triceps crural et vaste interne, A et K donnent des chiffres égaux. L'excitabilité au courant faradique est abaissée en somme pour les muscles des extrémités gauches.

Traitement. — Au commencement les bromures et les iodures; après la première exacerbation — traitement mercuriel, bientôt remplacé par les injections sous-cutanées d'arsenic. Pendant le cours de la seconde exacerbation de nouveau les iodures. Après le typhus abdominal, de nouveau le traitement arsénical. Dans les accès très forts on employait la morphine, l'hydrate de chloral, le chloroforme. Le traitement arsénical, à ce qu'il parait avait le plus d'influence favorable sur la maladie. Dans le cas donné, sautent aux yeux les oscillations dans le cours de la maladie, les graves exacerbations et le cours comparativement favorable de la maladie, malgré les exacerbations. En faveur du caractère organique de la maladie par le caractère et la propagation des convulsions, le trouble nutritif dans les muscles, la modification de leur excitabilité électrique, le manque des troubles sensoriels, le manque du caractère hystérique et d'autres stigmates hystériques. Le foyer morbide, probablement, était localisé dans la région des centres moteurs de l'écorce de l'hémisphère droite; mais il était superficiel, car les paralysies n'étaient pas stables. Excluant le traumatisme, la tumeur cérébrale et l'encéphalite, l'auteur suppose dans le cas donné une tuberculose, mais pas en forme de tubercule solitaire, qui doit être exclu comme tout autre tumeur, mais en forme d'une plaque tuberculeuse méningienne (méningite en plaque).

Discussion. — Dr W. Mouratoff trouve le cas II très compliqué et porte l'attention sur ce fait que les convulsions se propageaient d'une manière non spéciale à l'épilepsie cervicale, une partie des phénomènes peut être rapportée à l'hystérie.

Dr G. Rossolimo, qui pendant la démonstration de la deuxième malade, a observé chez elle plusieurs accès de convulsions, trouve que le début de ces dernières n'est pas toujours égal et suppose que, peut-être, le processus morbide a ici un caractère disséminé.

Deux cas de méningite basilaire simple.

Dr M.-A. Lounz. — Le rapporteur a eu l'occasion d'observer ces dernières années dans l'hôpital de ville I deux cas de méningite basilaire simple avec guérison. Dans le cas I, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-cinq ans, commis dans un magasin de manufacture. Pas d'hérédité neuropathique; le lien et l'abus des boissons fortes sont absolument niés. Le malade, jouissant toujours d'une bonne santé, tomba malade subitement; la maladie débuta

par un vertige, après quoi pendant quelque temps resta une céphalalgie. Bientôt s'associèrent des vomissements et une semaine plus tard — un affaiblissement de la vue. L'examen du fond de l'œil démontra une papille étranglée. Trois jours après le début de la maladie, le 20 noxembre 1899, le malade entra à l'hôpital. Sa température était un peu élevée : le soir 37,5-37,8 et le matin, normale (36,4-36,5). L'élévation de température cessa trois jours après et la température resta normale tout le temps. De plus le malade se plaignait de maux de tête dans la région frontale, se propageant des deux côtés et de vertiges. La conscience était nette; les papilles réagissaient bien ; on constata une diplopie, due à la paralysie de l'abducteur droit et un affaiblissement très marqué de la vue, papille étranglée, des contractures insignifiantes de la nuque, une démarche très chancelante; dans tout le reste, rien d'anormal.

Dans le cours ultérieur de la maladie, on observa des oscillations très marquées dans l'intensité des principaux symptômes : après de courtes rémissions survenaient des exacerbations, céphalalgie, vertiges, accompagnés de vomissements et de ralentissement du pouls. Mais avec le temps les périodes d'exacerbation devinrent de plus en plus rares et moins accentuées. Sept semaines après le début de la maladie, la vue s'améliora et après plus de trois mois du début de la maladie, le malade se rétablit entièrement. Six mois après sa sortie de l'hôpital, il restait tout à fait bien portant. La thérapie consistait à l'application de cantharides sur la nuque. Chaque application des cantharides était suivie d'une amélioration très marquée des symptômes morbides principaux. On donnait au malade le natrium iodatum (1,0-2,0 par jour). Avant de quitter l'hôpital, le malade avait fait 12 frictions d'onguent gris (2,0).

Cas II. — Malade de vingt ans. Père alcoolique. Mère provenant d'une famille tuberculeuse, mais bien portante. Le lues et l'abus des boissons fortes sont exclus. Dix ans de cela un traumatisme de la tête, après quoi apparurent des céphalalgies très fortes et des vertiges pendant deux semaines, mais sans réapparition ultérieure de ces symptômes. Durant un an le malade était obligé de s'occuper dans une localité très froide et très humide. Sa maladie survint subitement et débuta par des phénomènes d'une faiblesse générale, le lendemain — céphalalgie, vertige, état fébrile. Le 26 septembre 1901, troisième jour de sa maladie, le malade entra à l'hôpital. Le cours de la maladie dans ce cas était presque identique à celui du cas précédent. La fièvre ne dura que cinq jours et seulement le 30 septembre la température s'éleva jusqu'à 39,5, ayant été normale le matin.

Le cours ultérieur de la maladie se fit sans fièvre. Les symptômes principaux consistaient en des maux de tête dans la région frontale, des vertiges, le ralentissement du pouls, jusqu'à 54-42

battements par minute, des vomissements, des constipations, des contractures insignifiantes de la nuque et une démarche chancelante; manque de réflexes patellaires et exagération des réflexes plantaires avec flexion dorsale de tous les orteils. Dans le cours ultérieur de la maladie apparut une faiblesse de la vue, qui en progressant toujours, atteignit jusqu'à l'amaurose complète de l'œil droit et l'amblyopie assez significative de l'œil gauche.

L'examen du fond de l'œil par le Dr Averbach, donna des résultats négatifs concernant l'œil droit (névrite rétrobullaire) et démontra une névro-rétinite de l'œil gauche; ensuite apparut une parésie de l'abducteur droit et peu de temps après de l'abducteur gauche. L'échange à tour de rôle des périodes de l'exacerbation des symptômes principaux avec les périodes de rémissions ici aussi ressort au premier plan. La maladie céda peu à peu, et le malade quitta l'hôpital le 9 décembre 1901, mais il se rétablit tout à fait à la moitié de janvier, c'est-à-dire presque quatre mois après le début de la maladie. Pourtant actuellement encore la vue de l'œil gauche = 0,6 — 0,7; l'œil droit distingue les doigts à 25 centimètres de loin; le fond de l'œil gauche est normal; dans l'œil droit on remarque la pâleur de la papille, la parésie de l'abducteur droit reste encore. Thérapie — les cantharides. Le malade ne pouvait supporter l'iode.

Discussion. — Dr A. Korniloff ne se décide pas d'exclure avec assurance dans les cas du rapporteur la méningite syphilitique (basilaire).

Dr B. Mouravieff relate au sujet du cas du rapporteur un cas de méningite infectieuse chronique, d'origine grippale à ce qu'il paraît, accompagnée de phénomènes basilaires et s'étant terminée par la guérison.

Professeur W. Roth a observé pendant l'épidémie de l'influenza à Moscou plusieurs cas de méningite, ressemblant beaucoup à la méningite tuberculeuse; mais comme ces cas se sont terminés par la guérison, il les rapporte à la catégorie des méningites grippale.

Le Dr G. Rossolimo et le Dr G. Pribytkoff ont aussi participé aux débats. B. Mouravieff. A. Bernestein.

BIBLIOGRAPHIE.

XII. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* — Compte rendu du service des enfants de Bicêtre pendant l'année 1901, t. XXII, par Bourneville, avec la collaboration de MM. Ambard, Boyer (J.), Crouzon, Morel (L.), Paul Boncour, Philippe et Oberthur. Librairie du *Progrès médical,* 1902.

Fidèle à la tâche qu'il s'est imposé, M. Bourneville publie le compte rendu de son service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1901. Vingt-deuxième volume de la collection, il constitue avec ses devanciers un recueil précieux, un amas considérable de matériaux pour tout ce qui concerne la neuropathologie infantile.

La première partie est consacrée à l'histoire du service (Bicêtre et Fondation Vallée) pendant l'année 1901. Les résultats du traitement médico-pédagogique sont des plus intéressants, et l'on reste étonné en lisant ce chapitre combien avec une patience inlassable, un dévouement de tous les instants, on peut arriver à développer le cerveau des idiots, des imbéciles et des arriérés et à tirer partie du peu qu'ils ont de cérébralité. Toute cette première partie constitue un résumé très clair et très complet de la méthode employée dans le service du Dr Bourneville, que termine l'exposé des méthodes employées en Angleterre, Allemagne, Belgique, Danemark.

La seconde partie, instructions médico-pédagogique, complément de la première, comprend un schéma d'observation aussi complet et aussi détaillé que possible, et où aucun symptôme n'est négligé ; un petit lexique explique les termes employés le plus fréquemment et indispensables à connaître.

La troisième partie est consacrée à la clinique, la thérapeutique et l'anatomie pathologique. Dans ce chapitre sont étudiés beaucoup de points de la neurologie infantile, discutés sur des faits et des résultats.

Trois observations démontrent l'efficacité du *bromure de camphre* dans l'*épilepsie vertigineuse* ; le traitement doit être prolongé longtemps, ce n'est qu'à cette condition qu'on peut attendre un heureux résultat.

Revenant sur l'idiotie morale, dont il a publié de nombreuses observations et qu'il a tant contribué à faire connaître, M. Bourneville met en relief l'un des symptômes de cette maladie: le mensonge.

Un remarquable mémoire est consacré à l'étude des rapports de l'impotence musculaire et de certains troubles osseux dans l'hémiplégie infantile. De l'étude du fémur, de l'humérus, du radius et du cubitus, MM. Bourneville et Paul Boncour concluent que les os malades présentent des modifications uniquement imputables au moindre développement des muscles et à une diminution de leur activité.

Signalant les *hémorrhagies de la peau et des muqueuses* pendant et après les accès d'épilepsie, l'auteur relève leur analogie avec les *stigmates* des extatiques. Une très intéressante observation d'idiotie symptomatique d'une *sclérose* atrophique limitée aux circonvolutions du coin gauche, avec examen histologique détaillé. Un cas



Fig. 11.

de folie infantile suivi de la bibliographie de la question. A côté de l'*idiotie myxœdémateuse*, qu'il a décrite avec tant de soin, M. Bourneville étudie l'*idiotie mongolienne* (*fig.* 11) à facies de « chinois », vue déjà par les auteurs anglais et américains, dont il cite les travaux. De l'examen histologique, pratiqué dans deux cas par Philippe et Oberthur, il résulte qu'il s'agit d'un processus dégénératif du cerveau avec lésions dystrophiques très avancées. Le dernier travail est consacré à une observation très remarquable de porencéphalie vraie associée à la pseudo-porencéphalie.

Illustré de nombreuses planches, ce vingt-deuxième volume est digne de ses devanciers et montre comme eux les résultats remarquables que donne, dans un service hospitalier, au point de vue pratique et scientifique, une direction attentive et de tous les instants[1]. Ch. MIRALLIÉ.

XIII. *Les Tics et leur traitement*, par Henry MEIGE et E. FEINDEL, avec préface de M. le professeur BRISSAUD (Paris, Masson et Cie, édit. 1902).

En publiant ce livre de plus de 600 pages sur les tics, MM. Meige et Feindel n'ont pas seulement voulu relater le fruit de dix ans d'observations consciencieuses et de recherches laborieuses, mais ils ont voulu démontrer que la réputation d'incurabilité des tics est imméritée, et qu'avec une thérapeutique appropriée, on peut atténuer toujours et guérir souvent ces infirmités déplorables.

MM. Meige et Feindel ont trouvé une introduction originale et précieuse dans l'observation qu'ils publient sous le nom de *Confidences d'un Tiqueur*. Ils ont eu la bonne fortune de soigner un malade intelligent, bon observateur de lui-même et psychologue subtil qui était, selon leur expression, le prototype du tiqueur. Ce malade est allé au-devant des interrogations, et les renseignements qu'il a donnés sur son état ont été d'autant plus précieux qu'il était étranger aux choses de la médecine et exposait spontanément ce qui lui était arrivé et ce qu'il en pensait, sans répondre à un questionnaire qui aurait pu le suggérer. L'observation de ce malade est complète, les tics convulsifs se sont développés chez lui et généralisés peu à peu, des obsessions, des phobies, des tics d'idées, des manies avec craintes obsédantes, des idées ébauchées de suicide et d'homicide sont survenues tour à tour, et ce tiqueur a gardé l'état mental infantile que conservent toujours les tiqueurs, malgré les progrès de l'âge.

Après cette entrée en matière qui d'emblée fait apprécier au lecteur les multiples formes que peut revêtir ce qu'on appelle tic, les auteurs abordent la critique historique. Il est curieux de suivre dans ce chapitre l'évolution de l'étude nosographique des tics,

[1] Cette analyse est extraite de la *Gaz. méd. de Nantes*, 1903, p. 183.

et nous ne saurions trop approuver MM. Meige et Feindel qui, envisageant leur sujet sous son double aspect somatique et mental, éviteront de trop schématiser, ce qui les éloignerait de la réalité, tout en se gardant de généraliser à outrance.

L'étude pathogénique commence par une différenciation entre le tic et le spasme qu'ils résument nettement ainsi : « En présence d'une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale *ne prend pas et n'a jamais pris part*, nous dirons : ce n'est pas un tic. Et si cette réaction motrice est la conséquence de l'irritation pathologique d'un point quelconque de l'arc réflexe bulbo-spinal, nous ajouterons : c'est un *spasme*. En présence d'une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale prend ou a pris part, nous dirons : ce n'est pas un spasme. Et si ce phénomène moteur, où se reconnaît la participation à un moment quelconque de l'écorce cérébrale, présente en outre certains caractères pathologiques distinctifs, nous pourrons ajouter : c'est un *tic*. »

Il y a parmi les réactions motrices de simples réflexes spinaux, parmi lesquels se rangent les spasmes et d'autres réactions coordonnées en vue d'une fonction, des actes moteurs fonctionnels, résultant tantôt d'un besoin congénital, tantôt d'une éducation, tantôt engendrés par des idées. Ce dernier groupe sur lequel la volonté a un empire, comprend les tics. MM. Meige et Feindel n'admettent pas de différence réelle entre les tics convulsifs et les tics coordonnés. Cette distinction, comme nous l'avions nous-même indiqué dans notre thèse [1], est artificielle, et nous approuvons les auteurs de l'avoir résolument supprimée.

Etude pathogénique. — La genèse du tic tient surtout à l'état mental du tiqueur. Le tic a son origine dans un mouvement volontaire qui a sa raison d'être, qui devient habituel et se continue involontairement quand la raison d'être a disparu. Le pouvoir inhibitif de la volonté n'existe pas ou est fort diminué chez le tiqueur, surtout en ce qui concerne le tic. L'habitude joue un rôle considérable dans la genèse du tic, mais il se différencie du geste habituel en ce que sa répétition se fait hors propos et avec excès, c'est, en somme, selon l'expression de M. Brissaud, une habitude morbide. L'idée joue aussi un grand rôle dans la pathogénie des tics, quant à la conscience elle intervient et disparaît au cours du phénomène à des degrés et à des moments divers. Les tics sont toujours des sortes de perturbations fonctionnelles, la fonction joue un grand rôle dans leur origine, et cette perturbation fonctionnelle est la conséquence d'une imperfection de l'état mental et en particulier de la volonté.

[1] J. Noir, *Etude sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots* (th. de Paris 1893).

[illegible] est bien analysé par MM. Meige et Fein-[illegible] d'*[illegible]*. Déséquilibre, volonté [illegible], affectivité, vanité, manque [illegible] obsessions, phobies, etc., sont les [illegible] mental.

[illegible] remarquer, et nous les approuvons, [illegible] l'élément moteur et l'élément psy-[illegible] qu'il y a à appeler tic d'idées une [illegible] Ils insistent sur la nécessité de se limiter [illegible] à ce propos certains passages de [illegible] peut-être un peu trop delibéré-[illegible] fixes. Il faut, en effet, [illegible] tout est transition dans la nature, et nous [illegible] nous-même, dans notre thèse, que, en se [illegible] observation des mouvements convulsifs [illegible] par des transitions insensibles, allier [illegible] dont l'origine est une lésion anatomique, [illegible] ou ne sont que la manifestation toute [illegible] La science consiste justement à [illegible] à les séparer, à les classer, pour permettre de [illegible] les mieux comprendre, et c'est pour cela [illegible] de MM. Meige et Feindel et que [illegible] borner le domaine des tics à celui des phé-[illegible]

[illegible] est celle de la plupart des maladies nerveuses [illegible] le surmenage professionnel y [illegible] une grande place. *[illegible] anatomie pathologique* n'existe pas et [illegible] a été démontrée de façon probante.

[illegible] du tic ne peut être faite d'une [illegible] de la grande variabilité du phénomène d'un [illegible] même sujet. Il en est de même de la des-[illegible] des symptômes accessoires.

Nous ne [illegible] pas les auteurs dans la description des diffé-[illegible] face, oreille, audition, paupières, [illegible] lèvres, mâchoires, cou, tronc, épaules, [illegible] etc. y participent. Signalons [illegible] consacré au *torticolis mental*, que [illegible] l'un des tics les plus fixes et les [illegible] de déglutition, d'éructation, [illegible], ceux de la respiration, le ronfle-[illegible] le sifflement, la toux, le san-[illegible] du langage, l'écholalie, la coprolalie sont [illegible] à tour [illegible] décrits.

Nous ne saurions non plus insister sur l'*évolution des tics* essen-tiellement capricieuse, mais à propos de laquelle les auteurs dé-crivent quelques types morbides où le tic est un des symptômes

importants, tels que la maladie de Gilles de la Tourette et la chorée variable de Brissaud. Un chapitre intéressant sur les gestes et stratagèmes des malades pour remédier à leur infirmité, montre bien leur impuissance de volonté. Puis après un court exposé des complications assez variables des tics, MM. Meige et Feindel étudient la parenté morbide des tics avec l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, les vésanies, l'idiotie.

Le *diagnostic* des tics se fera avec les gestes habituels, avec les mouvements des aliénés que M. Séglas appelle *stéréotypies*, dans ces dernières, il n'y a pas de mouvements convulsifs, ce sont des actes souvent professionnels que les malades finissent par répéter involontairement. Leur origine est une idée délirante. Les auteurs avouent que les stéréotypies sont devenues des actes automatiques « par un processus tout à fait comparable à celui des tics ». Nous avouerons franchement que nous ne saisissons pas très bien la différence entre ces stéréotypies, dont le mécanisme est le même que celui des tics, et les tics eux-mêmes, et qu'il serait peut-être simple et logique de les classer dans la même catégorie. Le diagnostic avec les spasmes est plus nécessaire: La distinction a été établie par les auteurs dès le début de leur livre. Aucune manifestation de la volonté n'a d'action sur le spasme, ils sont souvent douloureux et persistent souvent durant le sommeil. A ce propos, MM. Meige et Feindel font la description du spasme, appelé très improprement tic douloureux de la face, et établissent un parallèle entre le torticolis-tic et le torticolis-spasme. Le diagnostic avec les chorées, le paramyoclonus multiplex et la maladie de Thomsen est ordinairement facile. On doit encore distinguer des tics certaines athétoses, les tremblements et les crampes professionnelles.

Le *pronostic* dépend absolument de l'état mental du tiqueur.

Le *traitement* est un chapitre important dans ce véritable traité des tics. Les auteurs commencent d'abord par affirmer nettement la curabilité du phénomène. Le traitement médicamenteux est souvent inefficace, il consiste dans les médicaments sédatifs, hypnotiques stimulants qu'on donne ordinairement aux nerveux. Il ne faut pas cependant éliminer d'emblée ce mode de traitement qui, parfois, peut être utile.

Le régime, l'hygiène, l'hydrothérapie sont des adjuvants puissants à utiliser comme le massage et la mécanothérapie, dont il faut savoir trouver les indications. L'électrothérapie, quand elle dépasse la « psychothérapique », produit plutôt de mauvais effets. La suggestion hypnotique chez quelques hystériques a donné des résultats appréciables. Les auteurs ne sont pas partisans du traitement chirurgical. Nous ne saurions trop les approuver. Les résultats suffisent à eux seuls pour condamner ces interventions sanglantes qui, le plus souvent, ne sont expliquées que par l'ignorance clinique et pathogénique absolue en l'espèce du chirurgien

qui tente de pareilles opérations. Les appareils orthopédiques sont généralement peu efficaces et parfois nuisibles. Le véritable traitement des tics est le traitement rééducateur. MM. Meige et Feindel s'étendent sur les moyens d'obtenir la discipline de l'immobilité et du mouvement, sur les séances d'immobilité et d'exercices lents avec surveillance du tic. Ils insistent sur l'utilité que peuvent avoir les mouvements en miroir, c'est-à-dire faits dans les sens opposés des mouvements du tic à corriger.

Le repos au lit, l'isolement pourront être parfois nécessaires. Enfin on aura recours à la psychothérapie, selon l'expression de M. Brissaud, c'est-à-dire l'éducation psychique, celle de la volonté.

Tout ce traitement entre en somme dans la méthode médico-pédagogique qu'a si perfectionnée et si développée notre maître, M. Bourneville. Les auteurs de cet ouvrage reconnaissent du reste que ses laborieux efforts sont loin d'être superflus chez les arriérés et les anormaux. On aurait tort de limiter aux imbéciles et aux idiots les indications du traitement médico-pédagogique; elles s'étendent à tous les anormaux quels qu'ils soient et quelque soit le degré de leurs anomalies. Les tiqueurs, même très intelligents, bénéficient tout particulièrement de cette méthode thérapeutique, et MM. Meige et Feindel ont absolument raison de considérer le traitement rééducateur et psychothérapique que nous appelons, nous, d'une façon plus générale, médico-pédagogique, comme le seul moyen curatif réellement efficace contre les tics, tant au point de vue curatif qu'au point de vue prophylactique.

Une analyse un peu détaillée suffit à montrer la conscience que les auteurs ont mis à composer leurs livres sur les tics. Mais ce qu'elle ne peut mettre en valeur, c'est la richesse de sa documentation bibliographique et clinique et la clarté de son exposition. Ce ne sont pas là, du reste, les seuls mérites de l'œuvre de MM. Meige et Feindel, qui ne peut être appréciée à sa valeur qu'après une lecture sérieuse et réfléchie. J. Noir.

VARIA.

Assistance des enfants idiots.

La très grande majorité des médecins ont oublié ou ne savent pas exactement quelles sont les conditions à remplir pour l'admission de ces enfants dans les établissements très rares qui leur sont spécialement affectés ou dans les asiles d'aliénés ordinaires. Les explications données verbalement ne sont pas toujours bien comprises. Les notices imprimées que nous remettons aux familles ne

le sont guère mieux. Nous rapporterons successivement plusieurs lettres pour préciser la question.

Paris, le 20 février 1903.

Mon cher ami,

Vous m'avez dit, je crois, qu'il était facile de faire admettre un petit idiot à Bicêtre *même quand il habite la province;* qu'il suffit pour cela de le faire passer par l'infirmerie spéciale où le Dr Garnier ou l'un de ses remplaçants délivrerait un certificat. Vous seriez bien aimable de me dire s'il y a autre chose à faire.

Nous avons dans notre village — il s'agit d'un département de l'Est — un malheureux idiot, de sept ou huit ans, que les parents voudraient bien placer et ils sont dans l'indigence.

Mille excuses et bien à vous. Dr E. G.

Bicêtre, le 22 février 1903.

Mon cher ami,

Quand les parents habitent Paris et ont un enfant idiot, ils peuvent le faire admettre par *placement volontaire* s'ils ont le domicile de secours et il est *maintenu*; si, au contraire, les parents n'ont pas le domicile de secours, l'enfant ne peut être admis que par *placement d'office*, et après son admission l'administration fait une enquête et *transfère* le malade dans l'asile de son département. Elle ne peut, en effet, maintenir dans les asiles d'enfants de la Seine les enfants des autres départements alors qu'il y a une quarantaine d'enfants qui attendent une place à Bicêtre. Telle est, mon cher ami, la situation exacte.

Il est du devoir des Conseils généraux et du gouvernement de créer des asiles-écoles dans chaque département. Il n'y en a pas un seul qui n'ait au moins 200 enfants arriérés, idiots, imbéciles et épileptiques des deux sexes, c'est-à-dire une population justifiant la construction d'un *asile-école*.

Bien à vous. BOURNEVILLE.

Nous publierons d'autres lettres pour bien fixer la question dans les esprits.

FAITS DIVERS.

UN ASSASSIN DE SEIZE ANS. — Un meurtre a été commis avenue d'Italie dans les premiers jours de janvier sur la personne de M. François Rollin, âgé de vingt-huit ans, entrepreneur de fumisterie, domicilié 152, avenue d'Italie. Frappé d'un coup de couteau dans le dos, M. Rollin expira quelques instants après. L'assassin fut arrêté dans la nuit, c'est un nommé Georges Delhomme âgé de *seize ans*. Conduit au commissariat et interrogé, Georges Del-

homme a fait des aveux complets. Il était en compagnie de plusieurs amis quand il commit son crime. Ils avaient *bu* toute la soirée. Arrivés avenue d'Italie, Georges Delhomme fit le pari de « saigner » le premier « type » qui passerait. Ce fut M. François Rollin qui se présenta. Georges Delhomme avait donné sa parole. Il gagna son pari. Ses complices sont les nommés Louis Ferrant, âgé de quinze ans; Louis Gambert, seize ans, et Georges Courtille, quinze ans. Ils ont été écroués au Dépôt. C'est encore là un crime de l'*alcoolisme*..... et des marchands de vin.

FOLIE ET SORCELLERIE. — Le nommé Kissler, marchand ambulant à Anost (Côte-d'Or), pris de folie et prétendant que sa femme l'avait ensorcelé, l'a tuée d'un coup de couteau. (*Bonhomme Normand*, mars).

ASSISTANCE DANS LES FAMILLES; SÉQUESTRATION. — On a arrêté à Madrid (Espagne), M. de La Lama, ancien député et sénateur, accusé de séquestration de sa fille, âgée de quatorze ans. Celle-ci est la nièce de la duchesse de Castro Enriques, déjà condamnée pour excitation de mineures à la débauche. La fille de M. de La Lama a déclaré au juge qu'on l'obligeait à entretenir des rapports incestueux avec son frère âgé de dix-sept ans. (*Bonhomme Normand*, mars).

LE TREIZIÈME CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE se réunira à Bruxelles, le 1er août 1903, sous la présidence d'honneur de M. le Baron van der Bruggen, ministre de l'Agriculture, et de M. A. Gérard, ministre de France à Bruxelles.

TROISIÈME CONGRÈS NATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DE BIENFAISANCE PRIVÉE. — Ce congrès aura lieu à Bordeaux du 1er au 7 juin (voir p. 315).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BAIN (Adolphe) *De l'auto-représentation chez les hystériques*. Librairie Vigot, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine. 1 vol., in-18 de 153 pages. Prix : 2 francs.

MILLS (Charles K.). — *The surgery of brain tumors from the point of view of the Neurologist with notes of a recent case*. In-8° de 20 pages. *Philadelpia Médical Journal*, 1902.

MILLS (Charles K.). — *Paralysis of all four limbs andof one Side of the face wits Dissociation of Sensation*. In-8° de 12 pages. *Journal of nervous and mental disease*, 1903.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 3-1903.

Vol. XV. **Mai 1903.** **N° 89.**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MOSCOU

Étude sur la manie ;

PAR LES DOCTEURS
SERGE SOUKHANOFF, privat-docent à l'Université de Moscou,
et PIERRE GANNOUCHKINE, médecin de la Clinique psychiatrique.

Les recherches actuelles sont fondées sur le matériel qui s'était accumulé dans la Clinique psychiatrique de Moscou concernant la question sur *la manie*. Nous avons exclu de ce matériel tous les cas, où avant ou après l'accès de la manie on pouvait noter chez les malades un état dépressif, tant soit peu prolongé, en rapportant ces cas à la catégorie de la *psychose circulaire*. Cela se comprend bien que les cas, où la manie apparaît comme complication d'une autre maladie psychique quelconque, par exemple de la paralysie générale, de la démence précoce, de la démence sénile, etc., ne sont pas entrés dans notre matériel, de même que les cas, où l'état maniaque est accompagné de confusion mentale (*amentia maniaque*).

D'un autre côté, il faut, pourtant, dire que dans ce travail nous avons recueilli dans un groupe les cas, où il avait un seul accès de manie, ainsi que les cas où la manie a donné des récidives ; nous sommes de cette opinion que *toute psychose aiguë, sera-ce l'amentia, la mélancolie, la manie, etc,, est toujours portée à récidiver,* survenant à différents intervalles de temps; parfois ces intervalles sont courts comparativement, parfois très prolongés ; on ne peut dire pour sûr d'aucun malade, qui a supporté l'une des maladies sus-nom-

mées, que cette maladie ne se répétera pas. Ayant affaire à un malade, atteint d'une maladie psychique aiguë pour la première fois, nous ne pouvons pas définir tant soit peu juste le degré de l'inclination de son organisme aux récidives de la maladie psychique. Se basant sur ce point de vue, nous ne trouvons pas nécessaire de séparer les malades ayant eu un seul accès de manie, des malades, chez lesquels la manie a été constatée plus d'une seule fois. Par conséquent, comme nous le comprenons, il n'existe point de manie périodique, mais il y a seulement la manie, comme psychose aiguë, donnant des récidives.

Ayant fait ces remarques générales préliminaires, nous passons maintenant à l'analyse du matériel clinique, qui a servi de sujet au travail actuel; nous nous sommes servis des historiques de maladie comme des maniaques stationnaires ainsi que ceux des malades de la consultation externe de la Clinique. Le nombre général des malades, enregistrés dans la Clinique psychiatrique de Moscou presque depuis son existence de quinze ans (à savoir, depuis le mois de novembre 1887, jusqu'au 9 septembre 1902) était 4434, dont 2840 hommes et 1594 femmes ; parmi ce nombre de malades psychiques nous avons trouvé possible de reconnaître la manie seulement chez 40 malades, dont 16 hommes et 24 femmes. Les données que nous venons de citer indiquent très nettement que *la manie est une maladie psychique très rare.* Si nous prenons les hommes et les femmes ensemble, nous verrons alors que la fréquence de la manie parmi les malades psychiques est de 0,9 p. 100. Mais si nous prenons les femmes et les hommes à part, nous verrons que parmi tous les malades psychiques hommes les maniaques font 0,56 p. 100 et parmi les malades psychiques femmes, les maniaques font 1,50 p. 100 ; autrement dit, sur 200 cas de maladie psychique chez les hommes il revient un cas de manie et sur 300 cas de maladie mentale chez les femmes il revient 2 cas de manie. Quoique le nombre de malades souffrant de manie n'est pas grand en général, mais il permet, pourtant, de penser que *les femmes sont plus penchées à souffrir de manie que les hommes,* ce qui correspond parfaitement avec les données de la littérature citées plus bas. La grande prédisposition des femmes à la manie comparativement aux hommes sera encore plus visible si

nous prenons en considération que le nombre des femmes aliénées est en général moins grand que celui des hommes aliénés ; d'après les données de la Clinique pour la période de temps sus-indiqué, le rapport du nombre de malades psychiques hommes (2840) au nombre des malades psychiques femmes (1594) est de 1,79 : 1. Si le nombre des hommes aliénés et des femmes aliénées était égal, alors le nombre des hommes maniaques se rapporterait au nombre de femmes maniaques comme 1 : 2,68.

Il est intéressant de comparer le nombre, indiquant le pourcentage des maniaques hommes, parmi les malades psychiques en général, avec le nombre correspondant, se rapportant à la mélancolie. *Tandis que les maniaques sont moins de* 1 *p.* 100 (0.91 p. 100), *le pourcentage des mélancoliques est exprimé par le chiffre* 6,23. Par conséquent, *la mélancolie se rencontre en général bien plus souvent que la manie* (presque pour 7 fois plus souvent).

Si nous prenons les hommes et les femmes à part et si nous comparons les chiffres correspondants, indiquant la fréquence de la mélancolie et de la manie chez les uns et les autres, nous verrons alors que pendant que la manie se rencontre chez les hommes dans 3,65 p. 100, la manie donne chez eux 0,56 p. 100 ; autrement dit, la mélancolie chez les hommes se rencontre plus souvent que la manie approximativement pour 6 1/2 fois. Si nous comparons la fréquence de l'apparition de la mélancolie (10,75 p. 100) et de la manie (1,52 p. 100) chez les femmes, nous verrons qu'elles souffrent de mélancolie plus souvent que de manie pour 7 fois.

Ces données comparatives nous permettent de dire d'une manière définie que si la manie apparaît chez les femmes, ainsi que chez les hommes comme une maladie psychique comparativement rare, la mélancolie au contraire, surtout chez les femmes, doit être envisagée comme l'une des maladies mentales la plus fréquente.

Concernant la question, à quel âge le plus souvent peut se manifester le premier accès de la manie, nos données ont démontré que de 38 cas de manie le premier accès a été noté avant l'âge de quinze ans 2 fois, à l'âge de seize-vingt-cinq ans 20 fois, à l'âge de vingt-six-trente-cinq ans 10 fois, à l'âge de trente-six-quarante-cinq ans 4 fois et à l'âge de plus de cinquante-six ans 2 fois ; il faut encore noter que parmi

notre matériel il n'y avait pas un seul cas, où la manie se serait manifestée à l'âge de quarante-six-cinquante-cinq ans. Les données qui viennent d'être citées démontrent très nettement que la manie se manifeste le plus souvent pour la première fois entre seize et vingt-cinq ans; on observe la manie rarement avant quinze ans et de plus en plus rarement après vingt-cinq ans. Il faut encore noter, entre autres, que parmi nos malades l'âge le plus jeune du premier accès de manie était treize ans et le plus vieux soixante-six ans.

En comparant les chiffres obtenus par nous avec les chiffres des autres auteurs nous trouvons partout un nombre plus considérable de cas de manie que le démontrent nos données.

Mendel[1] et *Ziehen*[2] instituent d'une manière très définie ce fait que la manie est une maladie psychique très rare; pourtant, les chiffres indiquant le nombre des manies parmi les malades psychiques, cités chez les autres auteurs, prévaluent beaucoup sur les nôtres.

Ainsi par exemple, *Ziehen*[3] dit que sur 100 admissions à la Clinique psychiatrique de Jena, il revient 3-4 cas de manie. *Gadziatsky*[4], qui a examiné le matériel de la Clinique psychiatrique de Saint-Pétersbourg dans la période de temps de 1870-1890 a trouvé parmi 1323 malades 157 cas de manie, ce qui fait 11, 8 p. 100 (8 p. 100 parmi les hommes et 22, 5 p. 100 parmi les femmes). *Goutnikoff*[5] dans l'asile psychiatrique de Kharkoff constata en 1884 parmi les hommes 5,5 p. 100 de manie et parmi les femmes 13, 49 p. 100. Les contradictions si grandes dans les résultats, obtenus par différents auteurs, exigent, certes, des explications; premièrement, il faut savoir, dans quoi consiste la cause de telles diversités, et secondement, lesquels des chiffres sus-cités peuvent avoir une signification comparativement absolue et moins relative.

Pour répondre à la première question ou, autrement dit,

[1] MENDEL. *Leitfaden der Psychiatrie*. Stuttgart, 1902.

[2] ZIEHEN. *Psychiatrie. Zweite Auflage*. Leipzig, 1902.

[3] ZIEHEN. *L. C.*

[4] *Moniteur* (russe) de *Neuropathologie*, de *Psychiatrie* et de *Psychopathologie légale*, 1893, fasc. III.

[5] *Archives* (russes) de *Psychiatrie*, 1885, n[os] 2-3.

pour élucider la cause de la contradiction parmi les auteurs, il faut prendre en considération avant tout la manière non identique chez les aliénistes d'envisager la forme morbide en question.

Cette considération a obligé *Michelson* et *Tschige*[1] à se réfuter même de la détermination du nombre relatif des maniaques parmi les aliénés, se trouvant à l'asile psychiatrique. Concernant la monographie de *Mendel*[2] sur la manie, nous devons remarquer que cet auteur a inclu dans le groupe de manie, comme une de ses espèces, la manie hallucinatoire, qui ensuite, par *Mendel* lui-même, fut tout à fait séparée de la manie et inclue dans le groupe du délire hallucinatoire. *Goutnikoff* a rapporté au groupe de la manie de tels cas, qui actuellement seraient indubitablement enregistrés autrement (par exemple, *Tobsucht* et *Wahnsinn*). La seconde cause de la différence entre les données des autres auteurs et les nôtres dépend de cela que toutes les investigations étaient faites sur les malades stationnaires et peuvent seulement témoigner le nombre des maniaques parmi les malades psychiques, se trouvant dans l'établissement spécial et non parmi le nombre général de malades psychiques; quant à notre matériel, il appartient aux malades qui ont tous passé (et les malades stationnaires aussi) par la consultation externe de la Clinique psychiatrique de Moscou.

Il est indubitable que le nombre relatif de maniaques parmi les malades, qui ont passé par la consultation externe, est bien moins grand que le nombre de maniaques parmi les malades stationnaires, car le matériel de consultation externe est raréfié par toute une série de malades qui n'ont pas besoin de séjour à l'hôpital. Il est donc indubitable que la composition générale des malades psychiques est représentée d'une manière bien plus juste par le matériel passant par la consultation externe que celui de l'hôpital. Vu cela, nous nous permettons de penser que les chiffres obtenus par nous justement sur un pareil matériel ont une signification plus absolue, que les recherches faites sur le matériel de l'hôpital. La régularité des considérations sus-citées,

[1] *Moniteur* (russe) de *Neuropathologie*, de *Psychiatrie* et de *Psychopathologie légale*. Année IX, fasc., II.

[2] MENDEL. Die Manie, 1881.

ainsi que de nos données, est confirmée par cela que nos chiffres approchent des chiffres qui ont été obtenus dans l'investigation d'un tel matériel, où on ne pouvait pas parler d'aucun choix artificiel, à savoir, dans l'investigation des données du dénombrement des aliénés, qui a été fait avec la participation de médecins aliénistes en 1893 dans le gouvernement de Moscou, où de 2940[1] malades psychiques pour la part de la manie il revient 46 cas (1,61 p. 100).

En examinant l'hérédité chez nos maniaques nous avons eu les données suivantes : de 32 cas dans 4 cas l'hérédité est niée (12.50 p. 100), dans 22 cas sont notées des maladies nerveuses et mentales et l'alcoolisme du père et de la mère (68,75 p. 100), dans 6 cas il y avait une indication sur les mêmes maladies chez de proches parents (frères, sœurs, tantes, oncles et grands parents (18,75 p. 100). Si nous joignons le second et le troisième groupes ensemble, nous verrons que la tare héréditaire est notée dans la manie dans 87,5 p. 100. Nous ne trouvons pas superflu de comparer ce pourcentage avec le degré de la tare héréditaire dans d'autres formes de maladies mentales qui ont été examinées par nous sous ce rapport; d'après nos données la tare héréditaire dans la paralysie générale est notée approximativement dans 75 p. 100, dans la mélancolie, dans 82 p. 100 et dans la constitution des obsessions morbides dans 92 p. 100. Par conséquent, donc, la manie occupe parmi ces chiffres une place entre la mélancolie et les obsessions morbides. Il est encore à remarquer, entre autres, que les cas de manie, où l'existence de la prédisposition héréditaire est niée, concernent des femmes.

En examinant les malades, qui ont servi de matériel pour le travail présent, dans notre esprit surgissaient encore certes d'autres questions, par exemple sur la fréquence des accès dans la manie, sur leur durée, sur les espèces cliniques de cette maladie, etc.; mais nous avons décidé de ne pas toucher à ces questions, car en examinant quelques-unes de ces questions, nous n'avons reçu rien de nouveau et en examinant d'autres nous avons trouvé que notre matériel n'était pas assez suffisant.

[1] W. Iakovenko. *Les aliénés du gouvernement de Moscou.* 1900, Moscou.

Nouvelles observations de névrose d'angoisse;

Par P. HARTENBERG.

On a pris l'habitude durant ces dernières années de ranger sous l'étiquette uniforme et générale de neurasthénie la plupart des désordres nerveux mal définis et non classés qui n'appartenaient pas au tableau classique de l'hystérie et de l'épilepsie. De l'aveu de beaucoup d'auteurs, c'est là un regrettable abus de langage; et à force de prodiguer ce terme de neurasthénie et de l'appliquer à des troubles névropathiques dissemblables, on risque de lui enlever toute précision clinique et presque toute valeur. D'ailleurs, il parait bien évident que tous les troubles qui ne sont ni hystériques, ni épileptiques, ne doivent pas nécessairement pour cela être considérés comme neurasthéniques et que dans l'observation et la classification des désordres si délicats et si complexes du systèmes nerveux il doit subsister encore bien des ignorances et bien des lacunes.

C'est dans le but de réagir contre cette tendance fâcheuse et d'apporter un peu d'ordre et de clarté dans la question, que Sigmund Freud, de Vienne, a proposé en 1895 de séparer de ce qu'on appelle neurasthénie un groupe de symptômes bien délimité et d'en faire un type clinique autonome sous le nom de « Névrose d'Angoisse ».

Voici, d'après le travail primitif de Freud et d'après mes recherches personnelles, la description de la névrose d'angoisse. Elle est constituée par les grands symptômes suivants :

1° Une *irritabilité générale,* qui rend le malade impatient, agité, sensible à l'excès à toutes les impressions sensorielles et en particulier à celles de l'ouïe, de sorte qu'il souffre souvent d'une véritable hyperesthésie auditive;

2° Un état habituel d'*attente anxieuse,* dans lequel le sujet se sent sans cesse comme sous la menace d'un événement pénible et imminent, d'un malheur qui le guette et qu'il redoute, et qui va fondre sur lui à l'improviste;

3° Des *crises d'angoisse aiguë*, dans lesquelles l'anxiété habituelle s'exagère et s'accompagne de troubles organiques, tels que battements de cœur, dyspnée, sueurs profuses, crampes stomacales et intestinales, ténesme, etc. ;

Ces crises peuvent être incomplètes et n'offrir qu'un symptôme dominant comme les palpitations, la dyspnée, les troubles digestifs, les sueurs profuses, le ténesme vésical ou anal : d'où autant de variétés de *crises rudimentaires* : crise cardiaque, crise respiratoire, crise gastrique, crise vésicale, etc. ;

4° Des *équivalents de crises*, représentés par des paresthésies, des terreurs nocturnes avec réveils angoissants, des tremblements, des secousses musculaires, des phénomènes vasculaires et congestifs (doigt mort), des variations de la nutrition générale avec engraissement ou amaigrissement périodique ;

5° Des phobies et des obsessions.

Tel est, dans sa plus grande simplicité, le tableau clinique de la névrose d'angoisse. Ces différents symptômes énumérés peuvent se combiner entre eux diversement et offrir des variantes individuelles. Mais le signe essentiel, qui constitue le fond même de l'affection, qui lui donne son nom et la différencie des autres types névropathiques, c'est l'angoisse chronique avec paroxysmes aigus. Il s'agit par excellence d'une névrose anxieuse, et l'angoisse est toujours mise au premier plan par les malades dans le récit de leurs peines.

Or il n'en est pas de même chez les neurasthéniques. La neurasthénie, si l'on admet la conception de Charcot avec ses six stigmates : céphalée, rachialgie, asthénie neuro-musculaire, dépression cérébrale, insomnie, dyspepsie atonique, est essentiellement une névrose dépressive par épuisement du système nerveux cérébro-spinal. Ce qui caractérise l'état neurasthénique, c'est non l'attente anxieuse, non l'irritabilité, mais la fatigue et l'asthénie. Je sais bien que certains auteurs, tels que Hecker, Kaan, Bouveret ont décrit l'angoisse comme un des symptômes de la neurasthénie; mais à cela Freud réplique avec vraisemblance que ces auteurs ont précisément observé des cas où la névrose d'angoisse et la neurasthénie se trouvaient présentes chez un même sujet, par une de ces associations morbides qui fréquemment unissent entre elles l'hysthérie et la neurasthénie ou encore l'une

de ces dernières avec l'épilepsie essentielle. Il semble naturel en effet que neurasthénie et névrose anxieuse puissent évoluer parallèlement chez un même sujet; et voici une observation à titre d'exemple, où l'on voit la neurasthénie guérie sous l'influence du traitement tandis que la névrose d'angoisse persiste pendant longtemps encore.

Observation I. — Mme L..., vingt-six ans, mariée, mère d'un enfant de quatre ans et demi se portant bien. Père et mère nerveux : le père a eu des atteintes de neurasthénie, la mère est très impressionnable ; mais aucun cas de psychose ni de diathèse graves dans la famille. La malade ne présente pas d'ailleurs de stigmates physiques de dégénérescence.

En juin 1901, pendant un séjour à l'étranger, au cours duquel la malade a mené une vie mondaine très agitée et très fatigante, les premiers symptômes se déclarent dans les conditions suivantes : un ami de la maison a fait la cour à Mme L... et l'a engagée dans un flirt assez avancé. Il existe une grande attraction réciproque ; la situation devient périlleuse pour l'honnêteté de la jeune femme, quand soudain, l'ami galant, saisi de remords et se reprenant lui-même, met un terme à leurs relations. Ils cessent à peu près de se voir.

Cette décision, au lieu de tranquilliser la malade pour l'avenir, soulève au contraire brusquement en elle toute une série de problèmes qu'elle n'avait pas envisagés auparavant. Elle aperçoit seulement les conséquences possibles de ses actes, reconnaît le danger qu'elle a couru, est prise de remords amers, se sent assaillie de scrupules pour l'incorrection de sa conduite. Dès lors, elle est envahie par un sentiment d'anxiété qui ne l'abandonnera plus. Elle vit dans une inquiétude continuelle. Mille questions se posent à son esprit, auxquelles son esprit est constamment occupé à répondre : « Aime-t-elle encore son mari ? Son enfant ? Elle est une grande coupable. Elle doit être punie. Quels malheurs lui arriveront ? Comment y échapper ? » Ainsi vit-elle dans un état d'attente anxieuse continuelle, dans l'appréhension constante du danger imminent. Parfois, cette anxiété grandit et augmente jusqu'à l'angoisse aiguë, survenant par crises, durant lesquelles elle étouffe, pleure, se désespère et appelle la mort qui la délivrera de son martyre.

Des troubles somatiques accompagnent cet état mental. Céphalée intense, en forme de casque. Dépression nerveuse profonde. Fatigue, pesanteur des membres, dégoût de l'action et de l'effort. Troubles digestifs. Entérite muco-membraneuse. Insomnie.

Dans l'intervalle des crises anxieuses, bien que toujours inquiète et découragée, la malade se rend compte de la fausseté de ses

scrupules et de l'inanité de ses craintes. Mais dès que l'angoisse grandit, son opinion se transforme et elle se retrouve aussitôt sous l'empire de ses préoccupations obsédantes.

En octobre 1901, j'institue un traitement tonique et reconstituant. Suralimentation, repos au lit, lécithine en injections hypodermiques. franklinisation. L'état dépressif s'améliore progressivement : la sensation de fatigue disparaît avec la céphalée et l'asthénie motrice. Les fonctions digestives se régularisent. Le sommeil se rétablit. Tous les symptômes neurasthéniques s'amendent. Seul subsiste l'état anxieux, qui, malgré le traitement, persiste presque intégralement avec des alternatives d'atténuation et de rechute. L'état somatique est excellent ; une analyse d'urine ne révèle aucun élément anormal, aucun trouble dans les excrétions, de chlorures, de phosphates et d'urée. L'obsession subsiste cependant, une crainte du châtiment, avec scrupules, reproches, idées de suicide.

Ce n'est que six mois plus tard, après un traitement hygiénique, physique, médicamenteux et psychique, poursuivi avec persévérance, que ces accidents mentaux s'atténuent, sans avoir disparu encore entièrement à l'heure actuelle.

En conclusion, nous voyons dans ce cas évoluer d'une marche différente les symptômes asthéniques et les symptômes anxieux. Sous l'influence du traitement, la neurasthénie a guéri rapidement et ses symptômes ont disparu. Ceux de la névrose d'angoisse — attente anxieuse, crises d'angoisse, obsession — ont subsisté pour ne s'amender que beaucoup plus tard.

*
* *

Pour expliquer l'étiologie de la névrose d'angoisse, Freud fait appel à une hypothèse assez étrange. Conformément à sa théorie générale selon laquelle tous les troubles nerveux, ceux de l'hystérie comme ceux de la neurasthénie, auraient une étiologie sexuelle, il déclare que la névrose d'angoisse est produite pour une insuffisance de satisfaction du besoin sexuel. L'excitation génitale, ne trouvant pas son issue par les voies naturelles, au moyen de « l'acte spécifique », reflue vers les centres nerveux supérieurs et se crée des voies de dérivation en produisant des désordres émotionnels et organiques. C'est par ce mécanisme pathogénique qu'agiraient l'abstinence sexuelle, le coït réservé ou interrompu sans détente, la suppression brusque de l'onanisme habituel chez l'homme comme chez la femme.

Il y a certes dans cette affirmation de Freud une grande

part de vérité. De nombreux auteurs ont attribué au facteur sexuel un rôle important dans la pathogénie des névroses. Qu'il me suffise de citer les noms de Gattel, de Tschisch, de Lœwenfeld, de Kisch, dont j'ai résumé les observations dans mon travail sur ce sujet. Tout récemment, M. Pierre Janet, à propos justement de la névrose d'angoisse, écrit : « Si on peut avoir des renseignements, des aveux sur la vie sexuelle des malades, on voit qu'elle est presque toujours troublée et qu'elle est bien troublée en effet dans le sens qu'indique Freud. Ces personnes ont des désirs, souvent même trop fréquents, ils essaient de les satisfaire, mais n'y parviennent que très incomplètement. Les uns le constatent avec résignation, les autres s'en irritent et font des efforts désespérés et ridicules pour retrouver ce paradis perdu. Chez ceux-ci et à un moindre degré, mais d'une manière également certaine, des troubles remarquables, ruminations, agitations, angoisses, accompagnent ces excitations sexuelles incomplètes ».

J'ai personnellement examiné des cas très réels où l'insuffisance de satisfaction sexuelle avait provoqué une névrose d'angoisse. L'observation nouvelle et inédite qui va suivre vient donc à l'appui de la théorie de Freud.

Observation II. — Mme M..., quarante-deux ans, habituellement bien portante, peu nerveuse et nullement dégénérée, a perdu son mari il y a dix-huit mois environ. Son veuvage est attristé encore par des difficultés de succession et des discussions de famille. En octobre 1901, un an environ après la mort de son mari, elle se sent prise des premières atteintes de son mal. Inquiétude vague et sans motifs, oppression, anxiété. Peu à peu, ces symptômes augmentent. L'attente anxieuse, la crainte perpétuelle d'un malheur imminent s'installent dans sa conscience d'une façon chronique. En même temps apparaissent des crises d'angoisse aiguë, survenant soit la nuit sous forme de réveils angoissants, soit le matin, soit dans la journée, avec dyspnée, suffocation, larmes, désespoir, idées de suicide. Néanmoins, l'état général reste satisfaisant. Il n'y a ni asthénie, ni céphalée, ni dyspepsie, ni dépression cérébrale ; aucun des symptômes de la neurasthénie classique, sauf de l'insomnie. existant d'ailleurs d'une façon intermittente.

Malgré mon traitement, très soigneusement appliqué en avril et mai 1901, l'amélioration est peu marquée au bout de deux mois. A ce moment, la malade se remarie et reprend sa vie sexuelle.

Moins de trois semaines plus tard, tous les symptômes anxieux avaient tout à fait disparu et Mme M... est aujourd'hui complètement guérie.

Mais si Freud a fait une remarque juste en mettant en relief le rôle du facteur sexuel dans l'étiologie de la névrose d'angoisse, il semble qu'il se soit mépris en attribuant à ce facteur sexuel une valeur à peu près spécifique. Peu d'auteurs le suivront dans une affirmation aussi absolue. Et j'avoue, pour ma part, que malgré mon insistance et mes recherches, je suis loin d'avoir découvert toujours à l'origine de la maladie la cause sexuelle incriminée.

En revanche, tout choc, tout traumatisme émotionnel, tout surmenage affectif m'ont paru pouvoir produire l'explosion de la névrose. A cet égard la névrose traumatique ne serait qu'une variété de la névrose d'angoisse.

Le cas suivant offre un intérêt d'actualité en ce qu'il semble provoqué par les émotions de l'automobilisme.

Observation III. M. F... trente-six ans. Père mort à soixante-cinq ans d'une congestion pulmonaire Mère morte à soixante-six ans de coma diabétique.

Antécédents personnels du malade : rougeole, fièvre thyphoïde à 18 ans, kyste hydatique du poumon à vingt-deux ans, expulsé par vomique à vingt-trois ans. En 1899, M. F... commence à faire de l'automobile, d'abord sur un tricycle, ensuite sur une voiturette, enfin sur une voiture de 6 chevaux, dont il s'est servi jusqu'à ce jour. En mai 1899, il va de Nice à Mâcon en 4 étapes. Les trois premiers jours se passent bien, malgré une grande fatigue produite par l'attention tendue et la préoccupation de la direction de la voiture. Le quatrième jour, en descendant à Neufchâteau pour déjeuner, le malade se sent fortement indisposé. Il éprouve une impression de gêne très pénible au niveau du creux épigastrique, semblable à ce qu'on éprouve dans une vive émotion. Il claque des dents, frissonne, ressent de violents battements de cœur et est assailli par la crainte d'une mort subite. Il parvient non sans peine à se réchauffer en s'enveloppant de fourrures, et au bout d'une heure, à peu près rétabli, reprend son voyage.

Au début du mois d'août suivant, nouvelle crise. Le malade est brusquement réveillé la nuit par une peur indéfinissable. Ces crises se répètent les nuits suivantes et il en reste de l'angoisse jusqu'au jour suivant. Un médecin consulté trouve une dilatation d'estomac, prescrit un régime et rassure le malade. L'angoisse diminue.

En octobre suivant, après trois jours de route en automobile, le malade dîne de bon appétit et couche à Avignon. Vers onze heures, il est brusquement réveillé par une terreur atroce. Il lui semble que c'est la fin, que son cœur va se rompre, qu'il va mourir sur l'instant. Il se précipite hors du lit, fait la lumière : l'accès se calme au bout d'une demi-heure environ. Quatre jours après, nouvelle crise nocturne qui dure quatre heures. Le malade est persuadé qu'il est atteint d'une maladie de cœur très grave, et ne peut plus dormir sans lumière. Les nuits suivantes, crises nocturnes. Les journées sont assez calmes, mais le malade éprouve sans cesse un sentiment d'inquiétude et d'abattement. Rassuré pendant quelques jours par une consultation médicale, l'angoisse reprend bientôt et les crises se renouvellent toutes les nuits, avec la terreur de la mort imminente. Dès qu'il se trouve seul, l'angoisse devient aiguë, et il a peur de mourir.

Au début de décembre 1900, M. F... a la douleur de perdre sa mère et il en ressent un coup terrible. A partir de ce moment, toujours angoissé, toujours inquiet de sa maladie de cœur, toujours sous la menace de la mort immédiate, il néglige ses intérêts, se désole en songeant au sort de sa femme et de ses enfants s'il venait à disparaître. En décembre, consultation chez un spécialiste pour les maladies de cœur, qui ne relève aucune lésion, et attribue tous les accidents à l'état gastrique. Le malade rassuré une fois encore, reprend un peu d'énergie, commence à lutter contre ses craintes vaines, fait de l'hygiène, du repos, de l'hydrothérapie, du massage. etc,. Amélioration. Crises moins fréquentes et moins fortes. Mais l'angoisse persiste et s'exagère par le moindre bruit, le moindre choc.

En juin, M F... se rend à Paris, seul, pour visiter le salon de peinture. Après une promenade d'une demi-heure au Grand-Palais, il se demande subitement : « C'est imprudent de rester à Paris sans prévenir ta femme : s'il t'arrivait un malheur, elle ne le saurait pas. » Il constate alors qu'il ne porte sur lui aucune pièce d'identité, et est envahi aussitôt par une anxiété terrible, qui l'étrangle et lui coupe bras et jambes. L'accès ne dure que cinq minutes, mais il est d'une violence extrême.

Enfin le dernier accès est survenu en juillet à une représentation de théâtre où l'on jouait « Au téléphone », pièce très dramatique dans laquelle un mari assiste par le téléphone à l'assasinat de sa femme et de son enfant. M. F... est très impressionné par ce spectacle, éprouve une anxiété terrible, a peur de se trouver mal, mais parvient à se maitriser jusqu'à la chute du rideau.

En somme, depuis une année, les crises sont moins fortes qu'au début, mais beaucoup plus nombreuses. Le malade est sous l'impression d'angoisse, en attente anxieuse, en imminence de peur aiguë. Il a des accès de peur à propos de tout : un rien l'émo-

tionne. Un choc en chemin de fer, une imprudence d'enfant, un cheval qui bute, une chaussée à traverser parmi les voitures, un faux pas, tout est pour lui motif à une anxiété poignante. Les bruits, même très faibles, le font tressauter le jour, l'éveille en sursaut la nuit. Il ne peut plus dormir sans lumière ; et si, pendant son sommeil, on éteint celle-ci, il se réveille aussitôt. Depuis novembre dernier, il est en outre sujet à des troubles intestinaux, crises de coliques, diagnostiquées comme névropathiques par le médecin.

Inutile d'ajouter que M. F... a depuis longtemps cessé l'usage de l'automobile. Quant aux habitudes sexuelles, elles ont été de tout temps régulières, et on ne saurait, dans le cas actuel, incriminer nullement une cause sexuelle de la névrose.

*
* *

Cette dernière observation pourrait peut-être contribuer à nous éclairer sur la nature même de la maladie. Nous y voyons le malade atteint franchement d'une hyperexcitabilité de tout le système nerveux viscéral et émotionnel, c'est-à-dire du système nerveux sympathique. Par contre, les grandes fonctions du système nerveux cérébro-spinal paraissent intactes : sensibilité générale, organes sensoriels, motilité, intelligence et volonté. Seule l'émotivité est profondément troublée. Il semble donc que le siège de l'affection réside dans le système sympathique dont les fonctions altérées par les causes pathogéniques ordinaires, telles que la fatigue, l'épuisement, le surmenage, l'intoxication, etc., révèlent une hyperexcitabilité pathologique. C'est en vertu de ces remarques que j'ai émis l'hypothèse que la névrose d'angoisse pourrait bien consister en une faiblesse irritable du système sympathique, au même titre que la neurasthénie est considérée comme une faiblesse irritable du système cérébro-spinal. La même altération fonctionnelle produirait ainsi deux névroses différentes suivant sa localisation. Rien d'étonnant alors à ce que névrose d'angoisse et neurasthénie se rencontrent si souvent associées chez le même malade et aient été confondues jusqu'à ce jour dans un type morbide unique. Les causes qui agissent sur l'une des parties du système nerveux, fatigue, intoxication, infection, etc., ont bien des chances de toucher aussi l'autre partie. Et il faut des cas, en somme assez favorables, pour qu'on trouve l'un des systèmes atteint tandis que l'autre est resté absolument indemne.

Cependant ces cas de névrose d'angoisse pure existent. Depuis que les premiers travaux attirèrent l'attention sur elle, un certain nombre d'auteurs en ont rencontré des exemples authentiques, et reconnaissent la réalité clinique du syndrôme de Freud. Ainsi, MM. Pitres et Régis ont insisté à plusieurs reprises, dans des publications successives, sur l'intérêt de la névrose anxieuse considérée comme terrain d'éclosion des obsessions et des phobies. M. Lalanne, dans son intéressant rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes tenu à Grenoble en 1902, accorde une place importante à la névrose d'angoisse. A ce même congrès, dans la discussion de ce rapport, plusieurs neurologistes, et en particulier M. Gilbert Ballet ont reconnu l'existence du syndrôme tel qu'il a été décrit par Freud et observé par moi-même. Enfin, dans son dernier et remarquable ouvrage, M. Pierre Janet propose de considérer comme autonome, sous le nom de psychasthénie, un type clinique qui, de son propre aveu, est assez voisin de la névrose d'angoisse. C'est moins par la description que par l'interprétation des symptômes que son opinion diffère de la nôtre.

On peut donc, en somme, considérer le syndrôme clinique de la névrose d'angoisse comme réel et généralement accepté à ce jour. Le seul point litigieux est celui de l'autonomie de l'affection réclamée par Freud et par moi-même. La plupart des auteurs qui ont reconnu sa réalité clinique, MM. Pitres et Régis, Ballet, Lalanne, etc., se refusent par contre à en faire une névrose distincte et n'y veulent voir qu' « un état intermédiaire, un terme de passage entre les névroses et les psychoses à base d'anxiété » (Lalanne), qui se greffe le plus habituellement sur un fond névropathique ou psychopathique et finit en général par se confondre soit avec la neurasthénie, soit avec la mélancolie anxieuse. Certes, ces éventualités sont possibles dans le pronostic de la névrose d'angoisse. Mais il n'en reste pas moins vrai qu'il se présente des cas où le tableau de l'affection existe à l'état pur, sans aucune participation de neurasthénie ni mélancolie, et qui spontanément ou par l'effet de la cure guérissent entièrement, sans verser jamais ni dans la névrose asthénique ni dans la psychose anxieuse. C'est pour ces cas que nous persistons à maintenir la légitimité de l'autonomie de la névrose d'angoisse.

BIBLIOGRAPHIE. — Ballet. Communication au *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Grenoble, 1902. — Bouveret. *La Neurasthénie*.

Paris. Baillière, édit.. 1891. — Brissaud. *L'Anxiété paroxystique. Semaine Médicale*, 1890). — Freud. *Ueber die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten, Symptomenkomplex als « Angst-Neurose », abzutrennen, Neurologisches Centralblatt*, 1895, n° 2. — *Obsessions et Phobies, Revue Neurologique*. Paris, 30 janvier 1895.— *Zur Kritik der Angstneurose*. (*Wiener klin Runschau*, 1895). — *Die Sexualität in der Aetiologie der Neurosen*, (*Wiener klin Rundschau*, n°s 2, 4, 5, 7. 1899. – Gattel. *Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose*. Berlin. Hirschwald, 1898.

Hartenberg. *La Névrose d'Angoisse, Congrès international de Médecine*. Section de Neurologie. Paris, 1900. — *La Névrose d'Angoisse*. (*Revue de Médecine*. n°s 6, 7, 8. Paris, 1901) et 1 vol. Alcan, édit. 1902. — *Conception psychologique de la névrose d'angoisse*. Congrès international de psychologie. Paris, 1900. — *Nouvelles observations de névrose d'angoisse*. Congrès des aliénistes et neurologistes. Grenoble, 1902. — La peur et le mécanisme des émotions. *Revue philosophique*, août 1899. — Hecker. *Ueber larvite und abortive Angstzustände bei Neurasthenie*. (*Centralblatt fur Nervenheilkunde*, Nov. 1893. — *Ueber die Bedeutung des Angstaffectes in der Neurasthenie. Versammlung des Psychuatrischen Verein der Rheinprovinz*, am 9 november 1895, 3u *Bonn*; in *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie. Berlin* 1896. — Janet. *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris. Alcan, 1903. — Kaan. *Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grubelzwang*. Jahrb, f. Psych. IX, Wien, 1893). — Kisch. *Névrose cardiaque d'origine sexuelle chsz la femme*. in *Presse Médicale*. 10 juillet, 1897. — Lalanne. *Des états anxieux dans les maladies mentales*. Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes. Grenoble, 1902. — Lœwenfeld. *Ueber die Verknüpfung neurasthenischer und hysterischer Symptome in Anfallsform nebst Bemerkungen ueber die Freud'sche « Agstneurose » Munch. med. Wochensfrift*. n° 13, 1895 — *Zur Lehre von der neurotischen Angstusztanden. Munch. med. Wochenschrift*, n°s 24, 25, 1897. — *Sexulleben und Nervenleiden Wiesbaden*, Bergmann, édit. 1899. — Pitres et Régis. *Séméiologie des obsessions et des idées fixes*.. Rapport au Congrès de Moscou. 1897. — — *Les obsessions et les impulsions*. Paris, Doin, 1902. — Tournier. *Essai de classification étiologique des névroses* (*Archives d'anthropologie criminelle*. Lyon, 15 janvier 1900). — Tschisch. *Névroses d'origine sexuelle*. Comptes rendus du VIe Congrès de la Société des Médecins russes à Kiew. 1896.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Physio-psychologie des religieuses; les religieuses de Port-Royal.

(Cinquième série de cinq observations).

Par le Dr CHARLES BINET-SANGLÉ, professeur à l'Ecole de psychologie.

(*Suite et fin.*)

OBSERVATION III. Magdeleine Thomas du Fossé.

Hérédité. — Magdeleine Thomas du Fossé descendait de Gentien Thomas I, dont la famille était originaire de Blois et qui était maître des comptes en la Chambre de Normandie sous Henri III.

Son fils Gentien Thomas II, seigneur du Fossé, lui succéda dans ses charges. En 1665 il alla, sur le conseil des médecins, aux eaux de Bourbon « pour une colique d'estomach qui lui causoit de violentes douleurs[1] ». Le matin de son départ « il avoit eu une fort mauvaise nuit[2] ». Ces eaux ne lui procurèrent qu'un soulagement passager. « Son mal empira toujours[3] ». En septembre 1665, « voyant que tous les remèdes ne pouvoient lui procurer le soulagement qu'on lui promettoit[4] », il se prépara à la mort. Il mourut ce même mois. Il était « d'un naturel vif et bouillant[5] » « d'un esprit ardent et plein de feu[6] » « franc et d'un cœur ouvert[7] ».

Charles Maignart, prêtre de l'Oratoire, curé de Sainte-Croix-Saint-Ouen de Rouen, sa paroisse, avec lequel il était intimement lié s'étant retiré du monde en 1643, sous les suggestions de l'abbé Jean du Vergier de Hauranne, Gentien Thomas II du Fossé, plein d'une « vive douleur[8] », s'en vint exprès à Paris pour quereller cet Abbé qu'il ne connoissoit point encore, et pour lui redemander son Curé qu'il lui avoit enlevé. Il lui parla en effet avec chaleur; se

[1] et [2] Pierre Thomas du Fossé, 257.

[3] et [4] *Ibid.* 258.

[5] *Ibid.* 21.

[6] *Nécrologe.*

[7] *Ibid.* 25.

[8] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 21.

plaignant du tort qu'il faisoit à tout un peuple en le privant de celui qui étoit toute leur consolation et tout leur conseil. Ce pieux abbé lui répondit avec beaucoup de douceur, selon l'esprit et les règles de l'Eglise, et lui représenta avec tant de force et d'onction la nécessité de la pénitence, pour tous ceux qui se sentent redevables à la divine justice, que celui qui étoit venu pour se plaindre de l'enlèvement de son Curé, se sentit lui-même enlevé par la vertu toute divine de la vérité qui pénétra son cœur. Dès ce moment il prit la résolution de quitter le monde, et demeura à Paris pendant quelque tems, pour faire un renouvellement de toute sa vie, et prendre pour l'avenir du S. Abbé des règles de conduite[1] ». Il lui fit sa confession générale. Du Vergier lui montra « la nécessité indispensable qu'ont les pères et les mères de s'appliquer avec tout le soin possible à procurer à leurs enfants une éducation conforme, non seulement à leur naissance, à quoi ils ne manquent guère, mais beaucoup plus à leur baptême, et à cette glorieuse qualité qu'ils ont acquise d'enfans de Dieu[2] », et lui proposa de mettre ses enfants aux Petites-Ecoles de Port-Royal des-Champs qu'il avait fondées. Gentien s'empressa d'accepter. Revenu à Rouen, il dit à sa femme : « C'est une éloquence toute de feu qui se fait sentir au cœur, et qui l'embrase dans le même tems qu'elle frappe les oreilles[3]. Celle-ci voulut voir le célèbre suggestionneur, et revint de Paris convertie. Les deux époux « commencèrent d'abord par se retirer des compagnies et à demeurer chez eux dans l'occupation et dans la prière[4] ». Ils ne sortaient que pour aller à l'église ou pour faire quelques visites absolument nécessaires. « On voyoit dans leur conduite et dans leur extérieur un certain air de modestie et de piété qui tenait lieu de langage, et qui faisoit connaître qu'ils ne vouloient plus avoir de commerce comme auparavant avec le monde[5] » Gentien vendit sa vaisselle d'argent et sa charge, et ils se retirèrent chez une dévote, Mme de Fresle, à Rouville près Rouen, où ils se mirent sous la direction de Jean Guillebert, curé de cette paroisse, autre « aimant spirituel[6] » des âmes.

A Rouen on attribuait ces excentricités à de la « foiblesse d'esprit[7] ». Gentien Thomas II n'en continua pas moins à vivre « dans

[1] *Nécrologe.*
[2] *Ibid.* 24.
[3] *Ibid.* 26.
[4] Jérôme Besoigne, III, 121.
[5] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit*, 30.
[6] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 79.
[7] *Ibid.* 30.

la pratique d'une piété toujours uniforme[1] ». Suivant le conseil de Jean du Vergier, il « n'épargna rien pour procurer à tous ses enfans une éducation vraiment chrétienne[2] ». Il confia trois de ses fils à l'abbé Antoine Singlin, qui les mena aux Petites-Ecoles de Port-Royal des Champs, où le dévôt Etienne de Bascle fut chargé de « les instruire et les former à la piété[4] ».

L'un d'eux Pierre Thomas du Fossé qui, après avoir été solitaire de Port-Royal, s'était retiré avec d'autres dévôts au château des Troux près Chevreuse, écrivait : « Mon père commença à craindre, comme un père vraiment chrétien, que n'étant plus retenu comme à Port-Royal, par les règles d'une vie commune, ni veillé par des personnes dont je respectasse l'autorité, je ne me dégoutasse insensiblement de la piété, et ne sortisse de la voie dans laquelle j'avois commencé à marcher dans mon enfance. Il en écrivit à Messieurs Singlen et de Saci, et à moi-même assez fortement, pour m'engager à prendre quelque parti, me proposant l'exemple de quelques-uns de mes parens ». Le parti qu'il lui proposait était d'embrasser l'état ecclésiastique.

Gentien Thomas II mit encore trois de ses filles pensionnaires à l'abbaye de Port-Royal, et, à l'occasion de la profession de l'une d'elles Magdeleine, il donna 1000 écus à la communauté et s'engagea envers elle à une rente de 100 écus.

Sa femme Magdelène Beuselin, née en 1606, était « fille d'une mère qui lui disoit qu'on ne jeûnoit plus en comparaison de son tems où l'on ne mangeoit qu'au soir[5]. » « Fort bien faite[6] », dans sa jeunesse elle était « un peu pesante[7] » en 1684 (soixante-dix-huit ans). Pendant le carême de cette même année, à la suite d'une longue course faite à pied et à jeun, « elle se sentit prise d'une difficulté de respirer qui augmenta peu à peu[8] » surtout pendant l'été, se compliqua « d'une hydropisie très fâcheuse[9] », fit beaucoup souffrir la malade, s'aggrava en octobre, et se termina par la mort, le 10 novembre 1684 (soixante dix-huit ans). Il s'agissait vraisemblablement d'une maladie de cœur, peut être d'une stéatose cardiaque chez une vieille femme obèse, affection qui se serait aggravée à la suite d'une longue marche. Elle avait « l'esprit naturelle-

[1] *Nécrologe de Port-Roïal*, 431.
[2] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 79.
[3] *Vie de M. Thomas du Fossé*; en tête de ses mémoires, XVII.
[4] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 212.
[5] *Nécrologe de Port-Roïal*, 431.
[6] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 27.
[7] et [8] *Ibid.* 384.
[9] *Nécrologe de Port-Roïal.*

ment un peu altier[1] », était très charitable, craignait la mort et les jugements de Dieu. « Alliée à la plus grande partie des premières personnes de la ville » de Rouen, elle menait la vie mondaine, lorsque son mari lui parla de Jean du Vergier de Hauranne et l'exhorta de l'aller voir. Elle partit sur le champ pour Paris, et subit non seulement les suggestions de ce prêtre, mais celles de Jacqueline Arnauldt, abbesse de Port-Royal des Champs, qui la logea six semaines auprès du monastère, et celles d'Antoine Singlin. Ils « achevèrent l'ouvrage commencé par l'abbé[2] ». Elle fit une confession générale, et, à son retour à Rouen, « se rendit... imitation de son mari, renonça comme lui aux assemblées, aux divertissemens, aux festins, et se rendit aux offices et aux instructions des Eglises[4] ». De plus ils prirent d'un commun accord « la pieuse résolution de vivre comme frère et sœur[5] ». En 1648 (quarante-deux ans), à l'occasion de la profession de sa fille Magdelène, elle donna 1000 francs de toile à l'abbaye de Port-Royal.

En 1671 (soixante-cinq ans), elle se mit sous la direction de Nicolas le Tourneux. chapelain du collège des Grassins. « Elle ne sortoit jamais d'avec lui que plus forte, parce qu'elle en sortoit plus humble[6] » D'ailleurs « sa soumission et son humble docilité ont toujours été admirées de ceux qui la conduisoient ; et, quoiqu'elle eut l'esprit naturellement un peu altier, elle s'abaissoit comme un enfant sous la conduite des personnes en qui elle respectoit l'autorité et la lumière de Dieu[7] ». Son fils Pierre Thomas du Fossé nous la peint aussi « remplie de la crainte du Seigneur... de respect pour les ministres de l'Eglise[8] ». Elle montrait une « grande simplicité dans sa soumission respectueuse envers les prêtres de Jésus-Christ, et une crainte très sincère d'offenser Dieu[9] ». « Depuis que Dieu s'étoit fait connaître plus particulièrement à elle, elle ne se démentit jamais de sa première piété, mais marcha toujours d'un pas égal dans la voie de son salut. Elle fit paraître jusqu'à la fin la solidité de sa vertu par la docilité avec laquelle elle recevoit les salutaires répréhensions de ceux à qui elle avoit confié la conduite de sa conscience[10]. » Elle fut « toute sa vie très exacte à observer les jeûnes

[1] *Ibid*, 431.
[2] Pierre Thomas du Fossé, 27.
[3] et [4] Jérôme Besoigne. *Loc. cit.*, IV, 297.
[5] Jérôme Besoigne. *Loc. cit.* III, 121.
[6] Pierre Thomas du Fossé, *Loc. cit.*, 340.
[7] *Nécrologe de Port-Roïal*, 431.
[8] Pierre Thomas du Fossé, *Loc. cit.* 386.
[9] *Ibid.* 387.
[10] *Ibid.* 386.

prescrits par l'Eglise[1] », et, à soixante-dix-huit ans, elle « jeunoit le Carême et les autres jours de jeûne avec la même exactitude que si elle n'avoit eu que trente ans[2] ». Elle avait deux parentes religieuses, l'une Geneviève de la Haye à Port-Royal, l'autre Mme de Flavancourt au Trésor. Elle fut sur son désir enterrée dans l'église de Port-Royal. Sévère à l'égard de ses enfants, elle voulait « qu'ils dépendissent d'elle[3] ». Elle voulait aussi « que ses domestiques fussent persuadés qu'elle les aimoit pour Dieu [4] ».

Gentien Thomas II et Magdelène Beuselin eurent neuf enfants, cinq fils, dont deux jumeaux, et quatre filles.

L'aîné des fils, Gentien Thomas III du Fossé, « garçon bien fait[5] », « des plus grands et des plus puissans de son âge[6] », « avancé dans ses études, et qui promettoit beaucoup selon le monde [7] » mourut jeune, au commencement de 1650, « en huit jours d'une fièvre très violente[8] ». Il avait été élevé aux Petites-Ecoles de Port-Royal sous les dévots Etienne de Bascle, Claude Lancelot, religieux de Saint-Cyran, Pierre Nicole, bachelier en théologie, et Charles Wallon de Beaupuis, prêtre.

Le second, Henri-Thomas du Fossé, né en 1631, mourut « d'une mort précipitée... qui l'enleva tout d'un coup[9] », le 22 avril 1652, à vingt et un ans. Il subit la même éducation que le précédent, fut mis, à douze ans, aux Petites-Ecoles de Port-Royal, et fut enterré dans l'abbaye.

Le troisième, Pierre Thomas du Fossé, naquit le 6 août 1634. Enfant, il était grand et fort, le plus fort de tous les élèves des Petites-Ecoles.

En 1649 (quinze ans), « je tombai malade, dit-il,... d'une très grosse fièvre avec un transport au cerveau. Je ne parlois que de Guerre, et je voulois toujours me lever, disant que M. le Prince m'appelloit, et qu'il falloit que j'allasse le trouver. Pendant que mon corps étoit ainsi agité par cette violente fièvre, et mon esprit par cette phrénésie, mon âme souffroit d'étranges angoisses, et sentoit même, si je l'ose dire, d'étranges douleurs. Car je croyois effectivement être en l'autre monde, et souffrir quelque chose des peines qui étoient dues à mes péchés. Je ne pouvois néanmoins bien discerner en quel lieu j'étois, mais ce que je sais c'est que j'étois en un état de souffrances bien pénibles. Cela dura tout le

[1] *Nécrologe de Port-Roïal*, 431.

[2] Pierre Thomas du Fossé.

[3] *Ibid.* 387.

[4] *Ibid.* 383.

[5] [6] [7] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 98.

[8] *Mémoire de Le Maitre en tête des mémoires de Nicolas Fontaine.*

[9] *Necrologe de Port-Roïal*, 172.

tems du transport au cerveau ; mais lorsqu'il eût cessé, l'idée et le sentiment de ce qui s'étoit passé en moi, et de ce que j'avais vu et même souffert en me croyant en l'autre monde, me fit une si forte impression sur l'esprit que dès ce moment toute cette passion si violente que je sentois pour la guerre se dissipa[1]. » Il renonça donc à la carrière des armes.

Ce délire d'action systématisé avec hallucinations et idées mélancoliques rappelle les accidents cérébraux qui surviennent, au cours de la fièvre typhoïde, chez les prédisposés. Il est du reste à remarquer que la « très grosse fièvre » de Pierre-Thomas du Fossé se déclara vers l'époque même où son frère, Gentien Thomas III, fut atteint de la « fièvre très violente » qui l'emporta en huit jours. L'une apparut en 1649, l'autre au commencement de 1650, ce qui fait songer à une épidémie familiale.

Il semble que cette maladie modifia complètement le tempérament de Pierre Thomas du Fossé. En effet celui qui avait été un enfant vigoureux écrira plus tard : « Le travail corporel ne me convenoit en aucune sorte, selon que je l'ai souvent éprouvé ;... la foiblesse de ma poitrine et de mon tempérament ne pouvoit pas me permettre de soutenir un travail pénible[2]. »

Le 2 novembre 1658 (vingt-quatre ans), il eut une hallucination auditive, dont il ne parle pas dans ses mémoires, mais que Nicolas Fontaine nous a rapportée dans les siens. Antoine Le Maistre était alors malade à la mort. « Un soir, lorsque tout le monde étoit retiré de la chambre de M. Le Maître, pour lui laisser passer la nuit en repos, M. du Fossé qui avoit sa chambre attenant M. Le Maître dans un appartement fort séparé de tout le monde, ayant quelque chose à faire ce soir-là, ne se coucha pas si tôt. Sur les neuf heures du soir, lorsqu'il écrivoit, on frappa un grand coup à sa porte qui étoit proche de sa table. Cela le surprit un peu, n'ayant ouï personne dans ce grand silence de la nuit. Il demanda néanmoins qui étoit là, comme cela se fait ; mais personne ne lui répondit. Quoique cela le surprit un peu, il ne laissoit pas de continuer ce qu'il faisoit[3] ; et lorsqu'il y étoit appliqué, un second coup frappa à la porte, encore plus brusquement que le premier. M. du Fossé se leva aussitôt, ouvrit la porte, et ne voyant personne, il prit de la lumière pour voir depuis le haut jusqu'au bas du degré, s'il n'y avoit personne de caché, qui par plaisir voulut lui faire peur. N'ayant vu aucune trace que personne fut

[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 96-7.

[2] *Ibid.* 164.

[3] Il est remarquable que, personne ne lui répondant, il n'alla pas ouvrir de suite. Il avait sans doute à demi conscience qu'il était victime d'une hallucination.

venu là, les pensées commencèrent à s'élever, et certains nuages de peur l'environnèrent, quelque résolution qu'il tâchât de conserver. Il se remettoit néanmoins à écrire, mais les yeux un peu étonnés et l'esprit un peu agité de distraction et de trouble, lorsqu'un troisième coup, encore plus fort que les deux autres, lui fit tomber la plume des mains. Il tomba presque à la renverse, et il fut bien heureux de trouver son lit proche de lui, pour s'y jeter promptement. Il n'entendit plus rien depuis; mais il n'en avoit que trop ouï pour avoir lieu de passer une nuit bien inquiète, jusqu'à ce que le matin étant venu, il fit part de cette inquiétude à ses amis les plus intimes, qui prirent de là un fort mauvais augure, et qui deux jours après ne virent que trop clairement ce que marquoit ce signal funeste, qui s'adressa précisément à celui qui faisoit la plus grande perte à la mort de M. Le Maître [1]. » Celui-ci mourut en effet deux jours après, le 4 novembre 1658.

Je crois que l'hypothèse d'une farce dont Pierre Thomas du Fossé aurait été victime doit être écartée. Il n'était personne à Port-Royal qui fut capable d'aller frapper bruyamment, la nuit, dans le but de lui faire peur, à la porte d'un solitaire dont la chambre était attenante à celle d'un moribond solitaire aimé et respecté de tous. Que s'était-il donc passé?

Pour le comprendre, il nous faut nous reporter aux *Mémoires* de Louis de Pontis. Louis de Pontis devint solitaire de Port-Royal à la suite de la frayeur que lui causa la mort subite d'un de ses amis. Voici ce qu'il écrit, à la fin de ses mémoires, au sujet de cette personne :

« J'appris une chose de la propre bouche de son confesseur, qui servit beaucoup à augmenter encore mon étonnement. Car il me dit que lorsqu'il le confessoit un jour, ils entendirent frapper à la porte de la chambre trois grands coups. S'étant levé aussitost pour voir qui c'étoit, et ayant ouvert la porte, il ne trouva personne. Comme il se fut remis à sa place pour continer sa confession, il entendit tout de nouveau frapper plus fort qu'auparavant. Ce qui l'ayant obligé de se relever, pour voir qui étoit celuy qui frappoit ainsi, comme il ne trouva encore personne, il dit à son confesseur en s'écriant : Ah! mon père, ce n'est pas vous que cela regarde. Et il prit en effet cet avertissement comme lui venant de la part de Dieu [2]. »

[1] Nicolas Fontaine. *Mémoires*, II, 179.
[2] *Mémoires du sieur de Pontis*, Paris, 1778 II, 527.

Ici nous n'avons plus les mêmes raisons que précédemment pour repousser l'hypothèse d'un tour joué à un dévot en train de se confesser, par quelqu'un de ses proches ou de ses serviteurs. Mais voici qui est intéressant.

Les Mémoires de Louis de Pontis *furent rédigés par Pierre-Thomas du Fossé*, qui les commença en 1657 (vingt-trois ans) et *les termina en 1658* (*vingt-quatre ans*), *c'est-à-dire l'année même où mourut Antoine Le Maistre*. L'auteur de la biographie de notre dévot s'exprime ainsi : « M. du Fossé recueillit aussi les Mémoires de M. de Pontis, qui étoit alors retiré à Port-Royal des Champs. *Au milieu de ces occupations*, il perdit M. Le Maître qui fut enlevé par une promte mort le 4 novembre [1]. » De telle sorte que Pierre-Thomas du Fossé avait la mémoire toute fraîche de l'anecdote relative à l'ami de Louis de Pontis, et était peut-être même en train de la rédiger, dans cette nuit du 2 novembre 1658, où il entendit frapper les trois coups. Pour toutes ces raisons, je conclus à une hallucination auditive. Ce signe de mort est connu dans le monde des mystiques sous le nom de *marteau de Saint-Benoît*. Ce serait une de ces hallucinations qui se transmettent par suggestion chez des sujets prédisposés.

En 1661 (vingt-sept ans), Pierre Thomas fit une maladie sur laquelle aucun renseignement ne nous est parvenu. En 1665 (trente et un ans), au moment où il se préparait à aller voir son père mourant, une autre maladie l'obligea à différer son départ. En mai 1665 (trente-deux ans), il était « très incommodé d'une palpitation de cœur, qui me tourmentoit, dit-il, principalement les nuits [2] ». Ces « violentes palpitations de cœur... me mettoient souvent en danger de mort [3] ». L'hiver suivant, il alla consulter les plus habiles médecins de Rouen, pour ce mal qui ne lui « donnoit point de relâche, car, dit-il, je passois une partie des nuits dans des inquiétudes mortelles [4] ». Il suivit sans succès divers traitements. Enfin un gentilhomme très riche et « célèbre par l'excellence de ses remèdes, nommé M. Bouchart », lui indiqua le suivant : « Mettez de l'antimoine en poudre dans un matras de verre, avec la sixième partie de sel ammoniac aussi en poudre, et bien mêlé avec l'antimoine. Faites-le sublimer au feu de sable, en gardant bien les degrés du feu, ce qui dure environ seize heures, et l'on donne sur la fin le feu très violent, c'est-à-dire les quatre ou

[1] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XVII.

[2] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 280.

[3] *Ibid*, 283.

[4] *Ibid*, 292.

cinq dernières heures. Cassez ensuite votre vaisseau, et en tirez seulement ce qui est monté et s'est attaché au parois du matras. Broyez cela et le faites sublimer de nouveau six fois différentes, c'est-à-dire six jours de suite, en prenant chaque fois ce qui est élevé et attaché au parois de votre vaisseau, le broyant et le mettant dans un autre, les six sublimations durant beaucoup moins que la première, c'est-à-dire dix heures chacune environ. Gardez avec soin cette poudre, en la tenant sèchement dans une bouteille de verre bien bouchée, et s'il se peut même chaudement. On en met seulement le poids d'un quart de grain [1] dans un demi-setier [2] de vin d'Espagne, et l'on la laisse infuser à froid, bien bouchée, l'espace de vingt-quatre heures, avant que d'en prendre une cuillerée [3] seulement tous les matins à jeun, tant que dure le demi-setier, mesure de Paris, et il faut être au moins deux heures après sans manger. Le remède ne produit aucun effet sensible, ni par les sueurs, ni par les urines, ni par haut ni par bas, sinon qu'on se sent guérir: car tous ne guérissent pas, mais j'en ai vu de très beaux effets ajoute Pierre-Thomas du Fossé. Pour moi, dès la première cuillerée, je fus bien dédommagé des peines que j'avais prises, puisqu'elle m'arrêta tout d'un coup les syncopes ou palpitations dans le tems de leur plus grande violence, comme si je ne les eusse jamais eues [4]. »

Quelle était donc cette poudre merveilleuse, résultant de l'action, sous un « feu très violent », de l'antimoine sur le sel ammoniac ou chlorure d'ammonium? L'antimoine s'oxyde à la température de sa fusion (450°), et donne d'abondantes vapeurs d'oxyde d'antimoine Sb^3O^3. Or cet oxyde, chauffé avec le chlorure d'ammonium, donne du trichlorure d'antimoine, de l'eau et du gaz ammoniac selon la formule suivante :

$$Sb^2O^3 + 6AzH^4Cl = 2SbCl^3 + 3H^2O + 6AzH^3$$

D'autre part le trichlorure d'antimoine est décomposé par un excès d'eau froide (eau du vin d'Espagne), qui précipite une poudre blanche d'oxychlorure d'antimoine SbOCl. Or,

[1] Le grain valait 0 gr 053, le quart de grain 0 gr 01325.

[2] Le semi-sétier valait environ $\frac{1}{8}$ de litre soit 125 centimètres cubes.

[3] En admettant qu'il s'agisse de la cuillerée à soupe, c'etait donc 16 centimètres cubes de cette infusion qu'on devait prendre par jour, soit 0 gr 0016 de poudre.

[4] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 293-4.

à la dose indiquée de 1 milligramme et demi par jour, cette poudre est absolument sans effet sur l'organisme, ainsi que notre lévite l'observe d'ailleurs.

La guérison de ses palpitations et de ses syncopes eût donc lieu par autosuggestion. Un traitement conseillé par un gentilhomme « célèbre par l'excellence de ses remèdes », et qui d'ailleurs est très riche, c'est-à-dire désintéressé, une poudre qu'on mettait exactement cent heures à préparer, ne pouvait pas ne pas agir sur un solitaire de Port-Royal. La clientèle des marchands de faux remèdes n'est-elle pas composée en majorité de prêtres et de dévots? Et quel médecin n'a entendu parler d'une poudre ou d'un élixir merveilleux dont une communauté religieuse a le secret, qui guérit parfois et soulage toujours?

La guérison instantanée par une dose d'environ un milligramme et demi d'oxychlorure d'antimoine des palpitations et des syncopes dont souffrait Pierre Thomas du Fossé donne la mesure de sa suggestibilité, et prouve que ces accidents étaient d'origine hystérique (hyperamiboïsme des neurones[1]).

En 1684 (cinquante ans), il fut très gravement malade, mais se rétablit complètement. En 1696 (soixante-deux ans) il présenta les premiers symptômes de la maladie dont il devait mourir. Elle frappa « seulement ma langue, dit-il, et tous les muscles des environs, d'une espèce de paralysie qui s'est augmentée d'une manière insensible, jusqu'à m'ôter tout à fait l'usage de la parole, et me rendre le manger et le boire très difficile, avec quelques autres accidens qui en dépendent[1] ». « Mon mal étoit d'abord fort peu de chose. Je fus bien deux mois et demi sans qu'on s'apperçut dans la maison que j'avois peine à parler, sentant moi seul cette difficulté[2]. » Cette difficulté augmenta, malgré « quelques remèdes de M. l'abbé de Luce, dont j'ai éprouvé l'excellence en bien des rencontres[3] ». Les médecins lui ordonnèrent le repos. Sur ces entrefaites, « je me blessai à l'os de la jambe, et quoique ce mal ne parut rien d'abord, il s'aigrit et je ne laissai pas d'être près de deux mois sans pouvoir marcher. Pendant ce tems-là, mon autre mal augmenta beaucoup, en sorte que je commençai à avoir une vraie peine à parler[4] ». Son frère alla à Paris consulter le docteur de Chaudrai. « Mais le remède qu'il m'ordonna, qui étoit

[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 2.

[2] et [3] *Ibid.* 488.

[4] *Ibid.* 490.

de l'eau de bétoine distilée[1], me fit tant de mal, que j'eus bien regret de l'avoir pris. » Puis « on me saigna sous la langue, je pris des goutes d'Angleterre[2], j'usai d'esprit de corne de cerf[3], d'essence de poudre de vipère[4], de teinture d'anis, d'extrait de fleurs de tilleul, de vulnéraires et de plusieurs autres remèdes que chacun disoit être le spécifique de mon mal. Mais, bien loin de m'en sentir soulagé, ma paralysie augmentoit toujours[5] ». Fagon lui ordonna les eaux de Bourbon, où il prit la « douge ». « Je puis dire que je ne me fusse jamais figuré qu'on eût tant souffert. Je perdis d'abord la respiration, croyant que j'allois expirer; mais après m'avoir fait entendre avec beaucoup de peine, on arrêta ce fleuve d'eau bouillante que l'on fait tomber sur vous, et la nature s'accoutuma peu à peu à ce qui lui avoit d'abord paru insupportable. Je ne sais rien de plus humiliant que ce remède... Cependant toutes ces tortures ne purent me délier la langue qui étoit toujours également embarrassée »[6].

Une maladie intercurrente survint. « Je fus pris d'une fièvre et d'un mal de côté, et en deux jours de tems je me trouvai en tel état que j'envoyai prier le curé de la paroisse de me venir confesser. J'eus bien de la peine à me faire entendre » [7]. Il fut quatre jours à la mort, et au bout de huit jours hors de danger. Il s'agissait probablement d'une pneumonie.

Quant à la paralysie, elle « suivit régulièrement son premier cours, et alla toujours en augmentant, soit pour la difficulté de boire et de manger »[8]. Il alla consulter près de Jossé un prêtre célèbre pour ses cures miraculeuses, eût recours « à l'intercession de plusieurs saints »[9], fit « divers pélerinages et plusieurs neuvaines selon ma dévotion particulière, dit-il, ou celle de mes amis »[10], De Chaudrai, qu'il alla cette fois voir lui-même, lui fit mettre un emplâtre sous la gorge et lui donna des poudres à avaler et à priser. Tout fut vain. De temps en temps des complications se produisaient. Le deuxième ou troisième jour du carême de 1697

[1] La bétoine passait pour tonique, stimulante, céphalique, antispasmodique. On l'employait aussi comme sternutatoire. Il est probable que de Chaudrai voulut faire une révulsion sur la pituitaire, ce que paraît indiquer sa prescription de poudres à priser. (Voir *infra*.)

[2] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 490.

[3] Peut-être les gouttes anglaises noires à l'opium.

[4] Composé complexe où domine le carbonate d'ammonium.

[5] Cette poudre passait pour très active. Elle agissait par son nom impressionnant.

[6] et [7] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*. 491.

[8] *Ibid.* 493.

[9] et [10] *Ibid.* 3.

(soixante-quatre ans), il fut pris d'une toux qui lui dura jusqu'après Pâques. « Elle étoit si violente et si fréquente, et l'impuissance où je me trouvois de cracher à cause de la paralysie qui rendoit immobiles les nerfs et les muscles du larynx, me réduisit à un tel état, que je croyois fort souvent ne pouvoir pas résister deux jours de suite à un mal qui me donnoit aucun repos ni jour ni nuit. Je passois aussi le jour étant levé dans une agitation perpétuelle, et la nuit j'étois souvent obligé de me tenir appuyé sur mon coude sans fermer l'œil et sans pouvoir presque respirer un seul moment qu'avec cette toux qui ne me donnoit aucun relâche. Quand j'avois été ainsi tourmenté deux ou trois jours de suite, j'en avois autant de repos. Lorsque je commençois à me croire guéri, je recommençois à tousser, de manière à ne plus espérer d'y pouvoir résister; et lorsque j'étois le plus découragé, j'avois tout d'un coup une bonne nuit. Tout le Carême se passa de cette sorte »[1]. Il mourut le 4 novembre 1698, à soixante-quatre ans, après avoir souffert « pendant deux ans les douleurs les plus aigues »[2], « autant consumé par l'austérité de sa pénitence que par son assiduité au travail »[3].

Avec de pareils documents, il est plus facile de faire, à deux siècles de distance, le diagnostic de l'affection dont mourut Pierre-Thomas du Fossé qu'on ne le ferait peut-être après une observation directe mais de courte durée. Il s'agit de la paralysie labio-glosso-laryngée. Due à l'altération des neurones moteurs des noyaux d'origine des septième, neuvième, dixième, onzième et douzième paires crâniennes, cette affection frappe surtout les individus du sexe masculin entre trente et soixante ans. Son début est presque toujours lent et insidieux. Elle se manifeste d'abord par une dysarthrie, due à la paralysie de la langue et des lèvres, et qui aboutit bientôt à l'anarthrie, puis à l'alalie par paralysie du larynx. Puis sont apparus, avec la paralysie du pharynx, des troubles de la déglutition qui facilitent le passage des aliments et de la salive dans les voies respiratoires. Il en résulte des secousses de toux, violentes, répétées, extrêmement pénibles et fatigantes, des inflammations des bronches, comme celle dont Pierre-Thomas du Fossé fut atteint pendant le carême de 1687, et des pneumonies dites pneumonies *de déglutition*, comme celle à ce qu'il semble dont il faillit mourir aux eaux de Bourbon. L'intelligence reste intacte. Aussi put-il écrire ses Mémoires, tout en étant obligé de les interrompre plusieurs fois. Cette affection progressive et incurable dure en moyenne de deux à trois ans.

[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 506.

[2] *Vie de M. Thomas du Fossé*, en tête de ses mémoires, XXXIII.

[3] *Nécrologe de Port-Royal.* 421.

Une épitaphe d'un de ses amis attribue à Pierre-Thomas du Fossé « une chasteté sans reproche... une charité sans réserve »[1]. C'était un rêveur. « Si je n'étois point occupé à la lecture, dit-il, et même à la composition ou à la traduction, je me trouvois accablé par une foule de pensées qui me venoient malgré moi, et qui me troubloient »[2]. C'était aussi un émotif. Lorsque sa sœur Magdeleine signa le formulaire antijanséniste, il en fut « pénétré de douleur »[3].

Son père, qui le destinait à l'état ecclésiastique, le fit tonsurer à sept ans, à l'occasion de sa confirmation, et le mit en 1643 (neuf ans) aux Petites Ecoles de Port-Royal. Il y eût successivement pour maîtres, ainsi que ses frères Gentien III et Henri, les dévots Selle, Etienne de Bascle, Claude Lancelot (en 1645, onze ans), Pierre Nicole et Charles Wallon de Beaupuis (en 1646, douze ans). « On nous inspiroit sur tout la crainte de Dieu, dit-il, l'éloignement du péché, et une très grande horreur du mensonge ». Ils avaient pour catéchisme la *Théologie familière* de Jean du Vergier de Hauranne En 1646 (douze ans) les Petites Ecoles furent transférées à Paris rue Saint-Dominique au faubourg Saint-Jacques, d'où on menait les élèves « tous les Dimanches à Vêpres, à Port-Royal de Paris, où prêchoit alors M. Singlin »[4]. Il eût enfin pour professeur de philosophie Jean Bourgeois, abbé de la Merci-Dieu.

En 1650 (seize ans), son frère Gentien III étant mort, « l'on ne manqua pas, dit-il, de se servir de cette mort pour nous faire comprendre qu'il n'y avoit, ni force de corps, ni jeunesse qui dut nous mettre en assurance contre la crainte d'une mort semblable »[5]. Aussi, « voyant que ses deux frères étoient morts tout jeunes, il se dit à lui-même qu'il pourroit bien ne leur pas survivre beaucoup », et il résolut de « sacrifier à Dieu ce qui lui restoit de vie »[6]. La même année il fut mis chez Retard, docteur en Sorbonne et curé de Magni, paroisse de Port-Royal des Champs. Six mois après, il se retira à la ferme des Granges près l'abbaye, pour y mener la vie des solitaires. Il s'y lia étroitement avec le dévôt Antoine Le Maistre, qui lui donna « des instructions très solides, tant pour les études que pour la piété[7] ». En 1656 (vingt-deux ans), obligé de sortir des Granges, il alla demeurer à Paris avec

[1] *Epitaphe de Pierre Thomas du Fossé*, en tête de ses mémoires. XXXIX.

[2] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 164.

[3] *Ibid.* 252.

[4] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 94.

[5] *Ibid.* 98.

[6] Nicolas du Fontaine. *Mémoires pour servir à l'histoire de Port-Royal*, A Cologne, aux dépens de la Compagnie MDCCXXXVII, t. II, 175.

[7] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 156.

les dévôts Sébastien le Nain de Tillemont et François Akakia du Lac, et se mit sous la direction de l'abbé Charles Akakia du Mont, confesseur de Port-Royal. En 1657 (vingt-trois ans), il revint dans le désert de Port-Royal, où il commençait sa journée à quatre heures ou quatre heures et demie du matin par des prières, des lectures pieuses et la messe. La même année, « je pris le dessein, dit-il, d'aller demeurer à Saint-Cyran où quelques personnes de ma connaissance s'étoient retirées [1] ». Mais, après un voyage à cette abbaye, il renonça à son dessein. Très lié avec le prêtre Isaac-Louis Le Maistre de Saci, solitaire de Port-Royal, il se mit sous sa direction, après la mort d'Antoine Le Maistre (1658, vingt-quatre ans). En 1660 (vingt-six ans), obligé de quitter les Granges à cause du renouvellement de la persécution contre Port-Royal, il se retira avec le Nain de Tillemont et le curé Jean Burlugai, docteur en Sorbonne, au château des Troux près Chevreuse. Son père, ainsi qu'Antoine de Singlin et Le Maistre de Saci, l'engagèrent alors à embrasser l'état ecclésiastique et à entrer au couvent. Mais, dit-il, « le goût que j'avois pris à la vie de Port-Royal, joint à la connoissance que j'avois de mille embarras où l'on s'engage dans une communauté, en voulant éviter ceux du monde me donnoit de l'éloignement des Monastères [2] ». D'ailleurs « son humilité et son amour pour la sainte pauvreté lui firent toujours constament refuser de recevoir aucun ordre ou Bénéfice [3] ». Il continua donc à mener la vie dévote, et, en 1661 (vingt-sept ans), il alla s'établir avec le dévot Antoine Baudri de Saint-Giles d'Asson à la ferme dite Petit Port-Royal, et se lia avec le curé de l'endroit. La même année, il fit à pied un pélerinage à Notre-Dame de Chartres, à neuf lieues de Port-Royal. En 1662 (vingt-huit ans), trouvant que la ferme où il logeait était trop loin de la plus proche église, il alla habiter Paris avec son frère Augustin Thomas du Bosroger, les prêtres Antoine Singlin et Le Maistre de Saci et le solitaire Nicolas Fontaine, ne s'entretenant avec eux que de piété et se montrant très assidu à la messe et au prône. En septembre 1665 (trente et un ans), Le Maistre de Saci l'engagea à ne pas prendre la charge de son père qui venait de mourir, et à continuer à mener la vie dévote. La même année, il fit un voyage à Rome. En 1666 (trente-deux ans) il alla en Normandie, et se lia intimement avec un curé de cette province. En 1667 (trente-trois ans) il alla avec son frère Augustin Thomas du Bosroger et Julien, curé du Fossé, à Angers voir leur ami Charles Hillerin, ancien curé de Saint-Merri et prieur de Saint-André. Ils virent aussi l'évêque Henri Arnauld, « qui leur

[1] *Ibid.* 159.

[2] Piere Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 212.

[3] *Nécrologie de Port-Roïal.* 421.

donna toutes sortes de marques d'estime et d'amitié [1] », et assistèrent, dans l'église des religieuses de Sainte-Marie d'Angers, à la canonisation de François de Sales. A Pâques 1669 (trente-cinq ans), il alla habiter avec le prêtre Claude de Sainte-Marthe, confesseur de Port-Royal, Nicolas le Tourneux, chanoine de Rouen, dont il était allé naguère entendre les sermons, et qu'il avait mis en relation avec les solitaires de Port-Royal, et le dévot Le Nain de Tillemont. Après la mort de sa mère, survenue le 10 novembre 1684 (cinquante ans), il voulut vivre dans une solitude complète, mais son frère, sa belle-sœur et Nicolas Le Tourneux s'y opposèrent, A la fin de 1691 (cinquante-sept ans), il fit, avec son frère Augustin Thomas du Bosroger et la femme de celui-ci, une sorte de voyage circulaire. Ils passèrent par Orléans, où ils rendirent visite à M[me] de Bouchu, abbesse de Voisins, par Amboise, où ils virent l'abbé Gaillard qui y faisait une mission, par Saumur, où ils rendirent visite aux religieuses de la Félicité, par Angers, où ils firent confirmer l'enfant d'Augustin Thomas par l'évêque Henri Arnauld, qui leur donna encore « toutes les marques de l'amitié la plus tendre [2] », et allèrent voir un pieux ecclésiastique nommé Heord, par Avranches, où ils nouèrent des relations, par l'intermédiaire du chanoine François Dirois, précepteur d'un de leurs frères, avec une société d'ecclésiastiques et de dévots, par le Mont Saint-Michel, dont ils visitèrent l'abbaye, par Argentan, dont ils visitèrent le couvent de Jacobins, par la Trappe, où ils s'entretinrent avec l'abbé et assistèrent à Matines et à tout l'office, par Evreux enfin, où ils rendirent visite à leur ami Métayer, curé de Saint-Thomas.

En 1696 (soixante-deux ans), les médecins lui ayant interdit de travailler, il ne fit plus que prier et lire des livres de piété. En 1697 (soixante-trois ans), après la maladie qu'il fit aux eaux de Bourbon, « j'eus le courage, dit-il, d'aller, quoique je fusse très mal, le jour de la Pentecôte, entendre la messe que je fis dire, et où je communiai dans le caveau de la Sainte-Chapelle, où l'on garde la Vraie Croix [3] ». Il fut enterré dans l'église de Saint-Etienne du Mont, bien qu'il eût souhaité l'être à Port-Royal, où son cœur seul fut porté. Outre les ecclésiastiques et les dévots que j'ai cités, il avait encore pour amis l'abbé Sébastien-Joseph du Cambout de Pont-Chasteau, la dévote M[me] Le Sesne de Teméricourt et son neveu l'abbé Jean-Baptiste Le Sesne de Ménille d'Ettemare, les dévots Antoine Arnauld d'Andilli, Raphaël Le charron d'Epinoi et la dévote Catherine-Françoise de Bretagne de Vertus, sans compter les solitaires de Port-Royal. Il était « d'une piété éclairée et uni-

[1] *Vie de M. Thomas du Fossé*, en tête de ses mémoires, XXVII.
[2] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XXXI.
[3] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 492.

lorsque [illegible] de ses amis lui attribue « une prière sans relâche[1] ».

Il entretenoit peu de commerce avec les savans, de peur de perdre en conversations inutiles les momens qu'il destinoit à la prière et à l'étude des livres saints[2]. » A partir de 1657 (vingt-trois ans) il travailla avec Antoine Le Maistre aux Vies des Saints. Cette année-là ils revirent ensemble la traduction d'Iôannès dit l'Echelier (saint Jean Climaque) par Robert Arnauld d'Andilli, à l'aide du commentaire d'Elias de Crète, que Pierre-Thomas du Fossé alla copier dans une bibliothèque. En 1658 et 1659 (vingt-quatre et vingt-cinq ans) il traduisit de l'espagnol en l'abrégeant la *Vie de dom Barthélemi des Martyrs*, archevêque de Braga en Portugal. En 1660 (vingt-six ans) il étudia l'histoire ecclésiastique avec Le Nain de Tillemont et Jean Burlugai. En 1662 (vingt-huit ans), il écrivit la vie de Thomas Becket (saint Thomas de Cantorberi). En 1675 (quarante et un ans) il publia une histoire de Quintus Septimius Florens Tertullianus (Tertullien) et d'Origénès (Origène). En 1684 (cinquante ans) il continua les commentaires d'Isaac-Louis Le Maistre de Saci sur la Bible. Il est l'auteur des notes françaises de la moitié du livre des Nombres, du Deutéronome, des Juges, de Routh (Ruth), des troisième et quatrième livres des Rois, des Paralipomènes, d'Ezra (Esdras), de Tobit (Tobie), de Judith, d'Esther, de Iôb (Job), des Pseaumes, du Cantique des Cantiques, d'Irmeyahou (Jérémie), de Barouk (Baruch), d'Iehezqel (Ezechiel), de Daniel, des Machabées et des quatre Evangélistes. A la fin de 1697 (soixante-trois ans) il commença ses Mémoires, et les acheva après Pâques 1698. Enfin il collabora à plusieurs ouvrages dévots de Le Maistre et de Le Maistre de Saci, entre autres à la Vie d'Iôannès l'Aumônier et à celles d'Ignatios (saint Ignace) martyr. Ainsi qu'il l'écrivait en 1690 (cinquante-six ans) à Lazare André Bocquillot, chanoine d'Avallon, il fit l'aumône avec ce que ses ouvrages lui rapportèrent, mais la plupart ne lui rapportèrent rien.

Les deux autres fils de Gentien Thomas II du Fossé étaient jumeaux. L'un, Augustin Thomas du Bosroger, mena, dès 1662, la vie dévote en compagnie de son frère Pierre Thomas, des prêtres Antoine de Singlin et Le Maistre de Saci et du solitaire Nicolas Fontaine.

En 1667, il alla avec Pierre Thomas et le curé Julien à Angers, voir le curé Charles d'Hillerin et l'évêque Henri Arnauld; et à la fin de 1671, il l'accompagna dans son voyage circulaire.

Devenu maître des comptes à Rouen, il vendit sa charge « afin de vivre avec plus de liberté dans la retraite et dans les exercices

[1] Nicolas du Fontaine. *Loc. cit.*, II. 180.

[2] *Epitaphes en tête de ses mémoires*, XXXIX.

[3] *Dictionnaire de Moreri. Art. Thomas.*

de piété[1] ». Il se distingua « par une piété singulière[2] ». Il mourut le 26 mai 1701, et fut enterré dans l'église de Saint-Etienne du Mont. Sa mère lui cherchait « une épouse chrétienne[3] ». Elle lui fut procurée par une de ses parentes, Geneviève de la Haye, religieuse à Port-Royal, dans la personne de Catherine Agnès le Maistre de Séricourt, jeune fille très pieuse que sa mère mit d'ailleurs dans l'alternative d'accepter le parti ou d'entrer au couvent. Le mariage fut célébré par Antoine Arnauld, docteur en Sorbonne, grand-oncle de la mariée.

Augustin Thomas eut de sa femme un garçon et une fille, qui furent élevés dans la piété.

La fille, Catherine-Angélique Thomas du Fossé, fut tenue sur les fonds baptismaux par Antoine Arnauld. « Digne héritière de la piété de son illustre famille, elle sçut joindre à une profonde humilité et à une exacte fidélité à tous ses devoirs, une grande connoissance des vérités de la Religion, auxquelles elle fut fortement attachée, aussi bien qu'à Port-Royal et à tous les gens de bien. Elle eut toujours un grand attrait pour la solitude, le silence et la prière[4]. » Elle mourut le 20 janvier 1731.

L'autre fils de Gentien Thomas II du Fossé mourut jeune, au commencement de 1660, dans le séminaire de Beauvais « avec tous les sentimens de piété et de religion qu'on peut désirer dans une personne de son âge[5] ». « Il avoit eu quelque tems avant d'être malade, un dessein formé de quitter le monde, et il prioit tous les jours Dieu de l'affermir dans cette sainte résolution[6]. »

Des quatre filles de Gentien Thomas II, l'aînée seule se maria. Les trois autres avaient été élevées à l'abbaye de Port-Royal des Champs. Elles « profitèrent si bien de l'éducation chrétienne qu'elles y reçurent, que deux s'y consacrèrent à Dieu ; et la plus jeune ayant été empêchée par ses grandes infirmités, vécut au milieu du monde dans une grande piété et dans la virginité qu'elle avoit vouée[7]. »

La seconde était Magdeleine Thomas du Fossé, qui fait l'objet de cette observation.

La troisième, Anne Thomas du Fossé, se fit religieuse à Port-

[1] *Vie de M. Thomas du Fossé*, en tête de ses mémoires, XXXIII.

[2] *Dictionnaire de Moreri. Art. Thomas.*

[3] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XXVIII.

[4] *Nécrologe des plus célèbres défenseurs et confesseurs des dix-septième et dix-huitième siècles.* Acte. MDCCLX. t. IV, 95.

[5] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XXIII.

[6] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 168.

[7] *Vie de M. Thomas du Fossé*, XVII.

Royal, et mourut jeune, le 1er juillet 1661, après dix ou douze ans de profession.

Voici ce que Pierre Thomas du Fossé dit de la quatrième, à laquelle il est fait allusion plus haut.

« Ses infirmités l'ayant empêchée d'être religieuse, elle vivoit dans le monde comme une personne qui avoit renoncé au monde. Elle avoit été pensionnaire à Port-Royal, et ce fut là que commença son mal. qui fut d'abord une fluxion qui se jetta sur ses jambes, et qui devint si grande qu'il fallut lui faire de terribles incisions, en sorte qu'on lui tira quasi tout le gros os de la jambe qui était carié. Elle souffrit des douleurs presque incroyables. tant de son mal que des opérations faites par les chirurgiens qui, bien qu'habiles, la martyrisoient tous les jours, sans pouvoir faire refermer cette plaie monstrueuse que l'on avoit peine à voir. » Enfin un médecin amateur et dévot des Champs des Landres, lui « donna un baume qui calma peu à peu ses douleurs et la mit en état de pouvoir guérir de ce mal si furieux. Mais quoique sa plaie se fut refermée, il lui resta néanmoins un mauvais levain, qui lui causoit de tems en tems des douleurs insupportables. « Il lui semblait que ses nerfs, et jusqu'à la moëlle de ses os étaient pénétrés de l'âcreté si cuisante de cette humeur[1]. » Ses douleurs ne cessèrent qu'à sa mort, qui survint en juin 1680. Elle fut enterrée à Port-Royal des Champs. Elle était très charitable.

Etat général de Magdeleine Thomas du Fossé. — Fille d'un dévot et d'une dévote ; ayant cinq frères, dont le premier et le second moururent jeunes, dont le troisième, faible « de poitrine et de tempérament et d'une chasteté sans reproche », eut à quinze ans un « transport au cerveau », à trente-deux ans des palpitations et des syncopes qui guérirent par suggestion, et mourut de paralysie labio-glosso-laryngée, après avoir été solitaire de Port-Royal, dont le quatrième mena aussi la vie dévote, dont le cinquième enfin mourut jeune, dans un séminaire, au moment où il se préparait à quitter le monde, ces deux derniers étant jumeaux ; ayant trois sœurs, dont l'aînée devint religieuse de Port-Royal, et dont l'autre, atteinte d'une carie du tibia, mena la vie dévote et mourut quatre ans avant sa mère ; comptant encore parmi ses parents les religieuses Geneviève de la Haye et Mme de Flavancourt et le dévot Charles Maignard de Bernières, Magdeleine Thomas du Fossé ne pouvait échapper à la fatalité qui pesait sur sa famille et fut emportée dans le mouvement de dégénérescence qui la précipitait au néant.

Elle naquit en 1628, et, comme son frère Pierre, mourut par le

[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit*,, 367.

système nerveux. En effet, elle tomba « peu à peu dans une espèce de paralysie qui, lui ôtant insensiblement l'usage de ses membres les uns après les autres, la réduisit à la fin en un tel état qu'elle ne pouvoit plus se rendre aucun service à elle-même. Etant couchée sur un côté, elle étoit forcée de s'y tenir, si on ne venoit la changer de place, sans pouvoir s'aider en aucune sorte de ses mains, non pas même pour se délivrer de l'importunité des moucherons qui la piquoient au visage durant l'été[1]. » Elle mourut de cette quadriplégie le 25 octobre 1696.

Intelligence et caractère. — C'était une « fort bonne fille, fort humble et pleine de charité[2] ». Mais, bien qu'elle fut « d'un naturel actif[3] », « elle manquoit un peu de... force et de... fermeté d'âme[4] ».

Tristesse. — Elle présentait une propension à la tristesse.

Le 15 octobre 1664 (36 ans), dans un moment « d'accablement de tristesse sur toutes ces affaires (affaires du formulaire antijanséniste) beaucoup plus grand qu'à l'ordinaire[6] », elle signa « fondant toute en pleurs[5] », le formulaire de 1661. Elle était alors « dans une grande angoisse[7] », qui, après sa signature, ne fit qu'augmenter. « Je passé (*sic*) le soir et le matin du lendemain dans une engoisse (*sic*), que je ne puis exprimer, ne sçachant encore néanmoins ce que je ferois[8] ». « La pauvre sœur, dès le lendemain de la signature, vint se mettre à genoux devant toute la Communauté, et fondant en larmes, se recommanda aux prières de l'Assemblée, protestant qu'elle avoit signé parce qu'elle n'avoit pu résister aux raisons qu'on lui avait dites[9] ». « Je demeuroy, dit-elle encore, ce soir (de la signature) et les deux jours suivans dans des pleurs presque continuelles, et tellement hors de moy, que je ne sçavois ce que je faisois..., j'estois dans une étrange inquiétude de ce que j'avois fait, craignant beaucoup d'avoir offensé

[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 474. Ces moucherons armés étaient les anophèles des étangs de Port-Royal, qui rendirent la fièvre palustre endémique dans ce monastère.

[2] *Ibid.* 251.

[3] *Ibid.* 473.

[4] *Ibid.* 251.

[5] *Recueil de pièces*, etc., *Lettres de la sœur Magdeleine de Sainte-Methilde. R. de P. R. à monseigneur l'archevêque de Paris*, 2.

[6] *Vies*, II, 169.

[7] *Recueil de pièces*, etc,. *Lettre citée*, 3.

[8] *Ibid.* 3.

[9] Jérôme Giroust, I, 594.

Dieu[1]. » Elle alla « communier toute en larmes[2] ». Et ce furent dès lors « des troubles et des angoisses incroyables[3] », un « trouble de conscience épouventable[4] », un accablement entrecoupé de pleurs. Son frère Pierre, étant allé la voir, remarqua en elle « une fort grande tristesse[5] ». Elle finit par rétracter, et fut exilée aux Filles de Sainte-Marie de Saint-Denis. Lorsqu'elle y recevait de mauvaises nouvelles de la Communauté de Port-Royal, « elle étoit presque des jours entiers à ne faire que pleurer[6] ».

Suggestibilité. — Ses parents la firent d'abord élever aux Ursulines, puis l'envoyèrent à l'abbaye de Port-Royal des Champs. Elle y prit l'habit de novice le 22 juillet 1646 (dix-huit ans), et y fit profession le 28 octobre 1648 (vingt ans). Voici ce qu'écrit Pierre Thomas du Fossé à cette occasion :

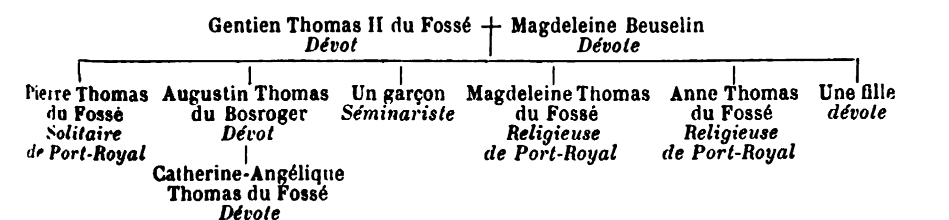
« Je ne saurois m'empêcher, en parlant de l'entrée de mes deux sœurs dans l'abbaye de Port-Royal, de remarquer quelque chose du désintéressement merveilleux de cette maison, et de la manière toute religieuse et toute chrétienne dont l'on avoit accoutumé d'y recevoir les filles à la profession religieuse. Jamais les vues humaines n'entroient en considération pour recevoir une fille. Ni la naissance, ni les grands biens, ni le crédit des parens, ni les avantages ou les défauts corporels ne pouvoient être des motifs pour recevoir ou pour refuser celles qui se présentoient. On s'attachoit uniquement à examiner devant Dieu autant qu'il étoit possible, *si elles avoient vocation*, non seulement pour la religion en général, mais encore pour la maison où elles vouloient entrer ; c'est-à-dire, si elles avoient un vrai fond de piété et de bonne volonté ; *si elles venoient avec un désir sincère de se dépouiller de tout esprit propre ;* si elles haïssoient véritablement le monde ; si elles aimoient la dernière place dans la maison du Seigneur ; si elles avoient de la solidité d'esprit et non de la légèreté, n'y ayant rien de plus à craindre que ces roseaux agités dans le désert par tous les vents, dont a parlé Jésus-Christ... Quand donc on croyoit découvrir des marques de vocation dans une fille, la maison se tenoit heureuse de pouvoir l'admettre, sans considérer si elle avoit de l'argent ou si elle n'en avoit point[7] ». Ce témoignage est confirmé par tous ceux de l'époque, et c'est ce qui m'a conduit à choisir les religieuses de Port-Royal comme sujets d'observation.

[1] *Recueil de pièces*, etc,. *Lettre citée*, 5.
[2] *Ibid.* 6.
[3] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*. 252.
[4] *Vies*, II, 180.
[5] Pierre Thomas du Fossé, *Loc. cit.*, 252.
[6] *Vies*, II, 159.
[7] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.* 84.

Pierre-Thomas du Fossé ajoute que ses parents n'en firent pas moins d'importantes donations à Port-Royal, « ce que je remarque exprès, dit-il, pour faire voir que, si les maisons religieuses sont dans un véritable esprit de désintéressement et de pauvreté, les parens des filles qui veulent s'y engager, n'en sont que plus obligés de s'acquitter pleinement de leur devoir [1] ».

Magdeleine Thomas du Fossé, qui manquait, comme on l'a vu, de « force et de fermeté d'âme », signa le formulaire anti-janséniste de 1661, le 15 octobre 1664 (trente-six ans), rétracta sa signature le 25 du même mois, écrivit, le 18 janvier 1665. (trente-sept ans), à l'archevêque de Paris pour lui faire part de son repentir d'avoir rétracté, et signa de nouveau ce même formulaire. Elle refusa de signer celui de 1665, et fut exilée au couvent des filles de Sainte-Marie de Saint-Denis, dont les novices et les jeunes professes lui envoyèrent, le lundi où le mardi gras, un pâté sur lequel son nom était écrit, et dans lequel elle trouva « une discipline qu'elle leur avait demandée quelques jours auparavant » [2]. Elle signa enfin le formulaire de 1665, puis étant revenue à Port-Royal, rétracta ses trois signatures, le vingt-six mars 1670 (quarante-deux ans). Il y eut donc exactement, de 1664 à 1670 (trente-six ans à quarante-deux ans), c'est-à-dire en six ans, six *sautes de foi* chez cette religieuse. Cela donne la mesure de sa suggestibilité. En 1690 (soixante-deux ans), elle devint sous-prieure de Port-Royal.

Voici la formule hiérologique de la famille Thomas du Fossé.



[1] Pierre Thomas du Fossé. *Loc. cit.*, 86.
[2] *Vies*, II, 159.

OBSERVATION V. Marguerite-Angélique Giroust des Tournelles

Hérédité. — Marguerite-Angélique Giroust des Tournelles, fille de « parens très chrétiens[1] », avait deux frères et une sœur, qui mourut au moins huit ans avant elle. L'un des frères, Julien Giroust de Bessi, né vers 1626, était adroit, sage, doux, humble, obligeant et pieux. Il fut élevé par ses parents dans la « crainte de Dieu[2] », choisit le métier des armes et devint officier. Un jour, « la compagnie qu'il commandoit étant entrée pour se loger dans une abbaïe de filles, d'où toutes les religieuses avoient été contraintes de sortir, il en restoit une jeune bien faite, dont personne n'avoit pris soin, quoiqu'elle fut de bonne maison, parce qu'elle n'avoit point de parens dans le païs. Cette pauvre fille n'ayant pas eu le tems de délibérer où elle pourroit se réfugier, se trouva au milieu des gens de guerre, sans savoir que devenir. Elle s'alla jetter aux pieds du capitaine, et le conjura autant par ses larmes que par ses paroles de la sauver de ce péril. Il le lui promit et l'exécuta à l'heure même, la conduisant chez une hôtesse qui était veuve, où il prit soin de la faire subsister autant de tems qu'elle en eut besoin[3] ».

A la suite d'un différend avec un de ses supérieurs, il résolut de quitter le monde et alla à Port-Royal des Champs demander conseil à sa sœur Marguerite, qui l'engagea à mettre son projet à exécution. Il subit aussi les suggestions de l'abbesse Jacqueline Arnauld, si bien qu'il « croyoit certainement que Dieu s'en étoit servi pour le déterminer à quitter le monde et à se donner entièrement à Dieu[4] ». Elle lui fit un jour cadeau d'un livre de piété et d'un petit reliquaire, « qu'il estimoit beaucoup, dit sa sœur, et qu'il portoit toujours sur lui par dévotion. Un jour étant allé se baigner à la rivière, il oublia de l'ôter de son col, et le cordon s'étant rompu, il le perdit dans l'eau et ne s'en apperçut qu'en sortant de la rivière. Il fut sensiblement touché de la perte qu'il venoit de faire (car il aimoit beaucoup ce reliquaire), et comme il étoit sur le bord de l'eau, tout pensif et affligé de cette perte, il fut étonné de voir sur l'eau d'assez loin le cordon qui s'approchoit peu à peu de lui. Il s'avança tout transporté de joie, fit un pas ou deux dans la rivière et l'attrapa : ce qu'il a toujours cru être une chose miraculeuse, ainsi qu'il me l'a raconté plusieurs fois[5] ».

[1] *Nécrologe de Port-Roïal*, 175.

[2] *Nécrologe de Port-Roïal*, 175.

[3] *Ibid.* 176.

[4] *Mémoires pour servir*, etc.. Relation de Marguerite Giroust.

[5] *Mémoires pour servir*, etc., Relation de Marguerite Giroust, II, 513.

Il prétendit donc « renoncer autant à sa volonté qu'à tous ses biens et à toutes les espérances du siècle [1] ». En conséquence, il fit une retraite à Port-Royal des Champs, puis y devint solitaire vers 1649 (vingt-trois ans). Il recevait et servait les hôtes et les ecclésiastiques de la maison. Il mourut le 27 avril 1659 (trente-trois ans environ), et fut enterré dans l'église de Port-Royal des Champs.

Son frère, Antoine Giroust, était prompt et impatient. Son précepteur lui apprit « en même tems la science de l'Evangile et celle des lettres humaines [2] ». Il entra, à quinze ans, chez Jean-François Paul Philippi dit de Gondi, abbé de Retz, plus tard cardinal, et fut, encore jeune, pourvu d'un canonicat à Saint-Nicolas-du-Louvre. A peine ordonné prêtre, il échangea son canonicat contre la cure de Magni, près Port-Royal-des-Champs, et demanda à dire sa première messe dans la chapelle de cette abbaye. Mais sa sœur, lui ayant fait lire une lettre de Jean du Vergier de Hauranne sur le sacerdoce, « il comprit combien il étoit indigne de l'état où il se trouvoit engagé, et il eut une telle fraïeur des jugemens de Dieu, qu'il résolut de descendre du lieu où sa présomption l'avoit conduit [3] ». Il prit Antoine Singlin comme directeur de conscience, et, sous ses suggestions aussi bien que sous celles de sa propre sœur, se défit de son bénéfice, et devint, en 1649, solitaire de Port-Royal. On lui confia la charge de second sacristain, qu'il accepta « non sans quelque répugnance, parce qu'il regardoit encore comme fort au-dessus de son mérite [4] », et qu'il la conserva vingt-quatre ans. Il mourut « avec humilité et les sentimens d'une amère pénitence [5] », et fut enterré dans l'église de Port-Royal des Champs.

Etat général. — Marguerite-Angélique Giroust des Tournelles naquit en 1611. « Au commencement que je fus entrée (à l'abbaye de Port-Royal), écrit-elle, j'avois de la peine à m'accoutumer à plusieurs choses, particulièrement à la nourriture, en sorte que je ne pouvois presque manger de tout ce qu'on donnoit au réfectoire [6] ». Elle mourut le 12 septembre 1691, à quatre-vingts ans.

Intelligence. — Elle se dit « pauvre d'esprit [7] ».

Suggestibilité. — Elle fut reçue gratuitement à Port-Royal, où elle prit l'habit de novice le 8 septembre 1628 (dix-sept ans), et fit

[1] *Nécrologie*, 177.
[2] *Ibid.* 467.
[3] *Ibid.* 418.
[4] Jérôme Besoigne. IV, 98.
[5] Peirre Guilbert *Loc. cit.*, 1553.
[6] *Mémoires pour servir*, etc' II, 510.
[7] *Ibid.* II.

profession le 3 décembre 1629 (dix-huit ans). Elle fut suggestionnée avec ardeur par l'abbesse Jacqueline Arnauld. « J'étois, disoit-elle encore, si ignorante et si grossière, que je réduisois tout cet esprit de la religion aux choses extérieures, croyant qu'il suffisoit d'être bien mortifiée, bien modeste, dévote, obéissante, et de souffrir beaucoup de choses sensibles au corps. Mais elle me détrompa en disant qu'il consistoit véritablement dans la mortification intérieure et dans le sacrifice que nous devons faire continuellement à Dieu de notre propre volonté, et que le sacrifice le plus agréable à Dieu étoit un cœur contrit et humilié, un esprit pénitent et abaissé devant Dieu. Elle me parloit si admirablement de Dieu et de toutes les vertus chrétiennes et religieuses, que j'en étois toute ravie ; et il me sembloit que Dieu même me parloit... J'avois écrit un petit recueil de ses paroles[1] ».

Elle resta trente ans sans écrire à sa sœur, parce que Jacqueline et Jeanne Arnauld lui avoit dit « que Mademoiselle sa sœur ne lui écrivant pas, ce n'étoit pas à elle à commencer, elle avoit eu la bonté de se rendre à cela[2] ». Elle n'apprit la mort de cette sœur que huit ans après.

La formule hiérologique de la famille Giroust se réduit à ces trois membres :

Marguerite Angélique Giroust des Tournelles *Religieuse de Port-Royal*	— Julien Giroust de Bessi *Solitaire de Port-Royal*	— Antoine Giroust *Chanoine Sacristain de Port-Royal*

Je relève chez une des cinq religieuses que je viens d'étudier, l'hérédité névropathique et religieuse (Magdeleine Thomas du Fossé ; chez deux (Anne-Marie de Flècelles de Bregy et Marguerite Angélique Giroust des Tournelles) l'hérédité religieuse.

Des trois sur la santé desquelles quelques renseignements nous sont parvenus, la première (Marguerite Dupré) était hystéro-neurasthénique et fut atteinte de dysenterie et d'hépatite suppurée dont elle fut soulagée par autos suggestion; la seconde (Anne-Marie de Flècelles de Brégy) était maladive, et fut atteinte, à vingt-sept ans, de vomissements répétés, et, à trente-deux ans, d'un crachement de sang; la troisième (Madeleine de Flècelles) était également maladive,

[1] *Ibid.* 515.

[2] *Ibid.* III. 274.

et mourut en cinq jours d'une « oppression de poitrine » avec fièvre continue.

Des quatre dont nous connaissons l'âge de la mort, la première (Anne-Marie de Flècelles de Brégy) mourut à cinquante et un ans, la seconde (Madeleine de Flècelles) à près de soixante-quatorze ans, la troisième (Magdeleine Thomas du Fossé) à soixante-huit ans, la quatrième (Marguerite-Angélique Giroust des Tournelles) à quatre-vingts ans. La moyenne de la durée de la vie de ces quatre religieuses est de soixante-huit ans [1].

Une (Anne-Marie de Flècelles de Brégy) passait pour intelligente. Une autre (Marguerite Angélique Giroust des Tournelles) se disait pauvre d'esprit.

Deux (Marguerite Dupré et Magdeleine Thomas du Fossé), présentaient de la prédisposition à la tristesse; une de l'inaffectivité et de la prédisposition à la crainte (Anne-Marie de Flècelles de Brégy).

Toutes de l'hypersuggestibilité.

Trois un certain pouvoir suggestif (Anne-Marie de Flècelles de Brégy, Magdeleine Thomas du Fossé, Marguerite Angélique Giroust des Tournelles).

D[r] Charles BINET-SANGLÉ.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et promotions.* — M. le D[r] PÉLISSIER, médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Marseille, promu à la 1[re] classe du cadre. — M. le D[r] VIGNOUROUX, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, promu à la 2[e] classe du cadre. — M. le D[r] BLIN, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, promu à la 1[re] classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — *Officier de l'Instruction publique.* — M. GUILLOT, directeur de l'asile-clinique (Ste-Anne).

Officiers d'académies. — M. CUVELIER, directeur de l'asile d'aliénés de Rennes. — M. le D[r] DUBOURDIEU, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Pau. — M. le D[r] PERUCCI, directeur-médecin de l'asile d'aliénésde St-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

[1] Lorsque j'établirai cette moyenne sur l'ensemble de mes observations, j'aurai l'occasion de faire remarquer qu'elle ne pourrait être comparée qu'à la moyenne de la vie des sujets ayant *déjà* atteint l'âge où les religieuses prennent l'habit, moyenne de beaucoup plus élevée que la moyenne générale.

profession le 9 décembre 1629 (dix-huit ans). Elle fut suggestionnée avec ardeur par l'abbesse Jacqueline Arnauld. « J'étois, écrit-elle encore, si ignorante et si grossière, que je réduisois tout cet esprit (l'esprit de religion) aux choses extérieures, croyant qu'il suffisoit d'être bien mortifiée, bien modeste, dévote, obéissante, et de souffrir beaucoup de choses sensibles au corps. Mais elle me détrompa en disant qu'il consistoit véritablement dans la mortification intérieure et dans le sacrifice que nous devons faire continuellement à Dieu de notre propre volonté, et que le sacrifice le plus agréable à Dieu étoit un cœur contrit et humilié, un esprit pénitent et abbatu devant Dieu. Elle me parloit si admirablement de Dieu et de toutes les vertus chrétiennes et religieuses, que j'en étois toute ravie ; et il me sembloit que Dieu même me parloit... j'avois écrit un petit recueil de ses paroles [1] ».

Elle resta trente ans sans écrire à sa sœur, parce que Jacqueline et Jeanne Arnauld lui ayant dit « que Mademoiselle sa sœur ne lui écrivant pas, ce n'étoit pas à elle à commencer, elle avoit eu la docilité de se rendre à cela [2] ». Elle n'apprit la mort de cette sœur que huit ans après.

La formule hiérologique de la famille Giroust se réduit à ces trois membres :

Marguerite Angélique — Giroust des Tournelles *Religieuse de Port-Royal*	Julien Giroust de Bessi — *Solitaire de Port-Royal*	Antoine Giroust *Chanoine Sacristain de Port-Royal*

Je relève chez une des cinq religieuses que je viens d'étudier, l'hérédité névropathique et religieuse (Magdeleine Thomas du Fossé); chez deux (Anne-Marie de Flècelles de Bregy et Marguerite Angélique Giroust des Tournelles) l'hérédité religieuse.

Des trois sur la santé desquelles quelques renseignements nous sont parvenus, la première (Marguerite Dupré) était hystéro-neurasthénique et fut atteinte de dysenterie et d'hépatite suppurée dont elle fut soulagée par autos suggestion; la seconde (Anne-Marie de Flècelles de Brégy) était maladive, et fut atteinte, à vingt-sept ans, de vomissements répétés, et, à trente-deux ans, d'un crachement de sang; la troisième (Madeleine de Flècelles) était également maladive,

[1] *Ibid.* 515.
[2] *Ibid.* III. 274.

et mourut en cinq jours d'une « oppression de poitrine » avec fièvre continue.

Des quatre dont nous connaissons l'âge de la mort, la première (Anne-Marie de Flècelles de Brégy) mourut à cinquante et un ans, la seconde (Madeleine de Flècelles) à près de soixante-quatorze ans, la troisième (Magdeleine Thomas du Fossé) à soixante-huit ans, la quatrième (Marguerite-Angélique Giroust des Tournelles) à quatre-vingts ans. La moyenne de la durée de la vie de ces quatre religieuses est de soixante-huit ans [1].

Une (Anne-Marie de Flècelles de Brégy) passait pour intelligente. Une autre (Marguerite Angélique Giroust des Tournelles) se disait pauvre d'esprit.

Deux (Marguerite Dupré et Magdeleine Thomas du Fossé), présentaient de la prédisposition à la tristesse; une de l'inaffectivité et de la prédisposition à la crainte (Anne-Marie de Flècelles de Brégy).

Toutes de l'hypersuggestibilité.

Trois un certain pouvoir suggestif (Anne-Marie de Flècelles de Brégy, Magdeleine Thomas du Fossé, Marguerite Angélique Giroust des Tournelles).

Dr Charles BINET-SANGLÉ.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et promotions.* — M. le Dr PÉLISSIER, médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Marseille, promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr VIGNOUROUX, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr BLIN, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, promu à la 1re classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — *Officier de l'Instruction publique.* — M. GUILLOT, directeur de l'asile-clinique (Ste-Anne).

Officiers d'académies. — M. CUVELIER, directeur de l'asile d'aliénés de Rennes. — M. le Dr DUBOURDIEU, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Pau. — M. le Dr PERUCCI, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de St-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

[1] Lorsque j'établirai cette moyenne sur l'ensemble de mes observations, j'aurai l'occasion de faire remarquer qu'elle ne pourrait être comparée qu'à la moyenne de la vie des sujets ayant *déjà* atteint l'âge où les religieuses prennent l'habit, moyenne de beaucoup plus élevée que la moyenne générale.

REVUE CRITIQUE

Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence;

D'après René et Henri LARGER [1].

A côté des stigmates physiques et des stigmates mentaux, il y a lieu de décrire des stigmates obstétricaux de la dégénérescence, ayant même valeur et même signification.

Telle est l'opinion que, depuis bientôt cinq ans, les auteurs se sont efforcés d'exposer en des communications répétées, basées sur un très grand nombre de faits. La thèse de H. Larger contient plus de 600 observations de femmes, correspondant à 2.000 anomalies obstétricales au moins. Depuis ce temps, ce chiffre s'est encore augmenté de nouvelles observations confirmatives inlassablement recueillies par les auteurs et aussi par quelques neurologistes (Dupré, Féré, etc.).

Il s'agit donc là d'un travail très important et très digne de retenir l'attention, à la fois par le grand nombre et la nouveauté des faits exposés. La théorie de la dégénérescence joue un très grand rôle, non seulement en pathologie nerveuse et mentale, mais encore en pathologie générale; tous les médecins sont intéressés à connaître les stigmates obstétricaux de la dégénérescence, et, si la théorie de R. Larger touche de plus près les accoucheurs et les neurologistes, du moins les uns et les autres doivent-ils l'examiner avec l'impartialité que méritent les faits nombreux et bien observés sur lesquels elle repose.

La plupart des accoucheurs, un peu troublés par une recherche des tares physiques et mentales avec laquelle ils étaient peu familiarisés, semblent s'être efforcés d'englober toute la théorie de la dégénérescence obstétricale sous les reproches que seules méri-

[1] Communications à l'Académie de Médecine (2 août 1898, 28 juillet 1899, 13 novembre 1900 et 31 décembre 1901); à la Société de Chirurgie (16-23 juillet 1901), au Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de Nantes (septembre 1901); à la Société de Biologie (7-14 décembre 1901); à la Société d'Obstétrique de Paris (mai 1902).— Thèse de Paris (H. Larger, 4 juillet 1901. Vigot, frères, éditeurs. — Revue générale in *Revue de Médecine*, 10 août 1902, p. 723.

tent peut-être certaines de ses applications. Les neurologistes n'ont pas les mêmes raisons d'hostilité préconçue; aussi ont-ils réservé, en général, aux stigmates obstétricaux de Larger le même accueil qu'aux stigmates physiques de Morel ou aux stigmates mentaux de Magnan et de ses élèves, quitte à leur adresser ensuite les mêmes objections.

Nous voudrions ici résumer simplement et brièvement les travaux des auteurs, indiquer les différentes critiques qui leur furent adressées et montrer qu'en dépit des objections, dont la plupart ont été, pour la partie obstétricale, formulées par M. Porak dans un récent rapport à l'Académie de médecine [1], il reste toute une catégorie de faits indiscutables et très originalement mis en lumière.

Jusqu'aux travaux de R. et H. Larger, la dégénérescence paraissait s'arrêter, sans qu'on sût pourquoi et sans qu'on y eût surtout porté attention, au seuil de l'obstétrique, dont tous les traités sont muets sur ce chapitre.

Et cependant, comme le disent fort bien les auteurs : « S'il est une partie de la biologie où la dégénérescence doive s'exercer, n'est-ce pas tout d'abord sur la gestation où son action se manifeste le plus directement. D'un autre côté, il est universellement admis que les anomalies de l'*embryon*, telles que le bec-de-lièvre, l'exencéphale, etc., sont soumises aux lois de l'hérédité, et l'on voudrait que les anomalies du *fœtus* — dont la différence avec l'embryon n'est que nominale et purement conventionnelle — ne le fussent pas? Comment admettre, en un mot, que ce qui est anormal au début du développement de l'œuf humain soit héréditaire et que ce qui est anormal dans le cours de ce développement et jusqu'au moment de l'éclosion de ce même œuf ne soit plus héréditaire? Celà est, on en conviendra aisément, tout à fait inadmissible. »

A l'aide de leurs 600 observations inédites et la plupart sériées, les auteurs établissent la loi suivante : « Etant donnée l'une quelconque des anomalies de la gestation, l'on peut toujours et nécessairement conclure à des antécédents héréditaires, soit névropathiques, soit psychiques, soit tératologiques — à des antécédents de dégénérescence en un mot — de l'un des générateurs ou des deux à la fois. »

D'après MM. Larger, les anomalies de la gestation ne sont donc autre chose que des manifestations dégénératives. Aussi, à côté des stigmates physiques et moraux de Magnan, placent-ils les stigmates obstétricaux. Ils démontrent nettement l'identité

[1] *Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 3e série, t. XLVIII, 28 octobre 1902, p. 340.

absolue existant entre ces nouveaux stigmates et les anciens. Par de multiples exemples, ils nous les font voir se transformant par l'hérédité, soit entre eux, soit avec les stigmates physiques ou moraux; si bien que chez certains individus et même parfois dans une génération entière, la dégénérescence peut se manifester *uniquement* par des anomalies de la gestation. C'est même ce qui permet de retrouver les anneaux qui semblent manquer si souvent dans la chaîne de l'hérédité.

Voici deux schémas d'observations où se voit cette hérédité par transformation.

A) Transformation des stigmates obstétricaux entre eux :

Première génération. — Grand'mère : présentations anormales.

Deuxième génération. — Fille : avortements, hydramnios, etc.

Troisième génération. — Petite-fille : gémelliparité, grossesse ectopique, etc., ou retour aux présentations anormale de la grand'-mère.

B) Transformation des stigmates moraux en stigmates obstétricaux.

Première génération. — Troubles mentaux, épilepsie. etc., mais gestations anormales.

Deuxième génération. — Aucune tare physique ou morale, mais gestations anormales.

Troisième génération. — Troubles mentaux, épilepsie, etc.

Déjà Bourneville, dans les observations si complètes qu'il prend de ses malades [1], avait recherché si les enfants arriérés, idiots ou épileptiques avaient été conçus dans des conditions normales ou dans l'alcoolisme; si la grossesse avait été accidentée par des émotions (impressions maternelles), des traumatismes, des maladies infectieuses; s'ils étaient nés par le sommet ou par le siège, s'il y avait eu de l'hydrammos, une intervention obstétricale avec du sous-chloroforme, constriction par le cordon, asphyxie à la naissance, gémellarité.

Parmi les anomalies de la gestation, Ch. Féré avait déjà rangé dans sa « famille névropathique » la stérilité, la gémellité et l'avortement. Les auteurs y ajoutent : la grossesse ectopique, toutes les anomalies du placenta, des membranes et du cordon, toutes les présentations anormales, etc. On peut donc dire avec Héricourt [2] ; « qu'ils élargissent singulièrement le domaine des stigmates de la dégénérescence en général ».

[1] Bourneville, Comptes rendus du service des enfants de Bicêtre, de 1880 à 1902.

[2] *Revue scientifique* (Rev. rose), 17 août 1901, p. 212.

Voici, d'ailleurs, le tableau général des stigmates obstétricaux de la dégénérescence donné par H. Larger dans sa thèse :

Anomalies de la conception : stérilité, gémellite, grossesse ectopique.

Anomalies de la grossesse : toutes les anomalies du placenta (hémorrhagies, placenta praevia, multilobé, adhérences, etc.); toutes les anomalies de membranes en général (rupture prématurée, non rupture ou accouchement, œuf entier, môle hydatiforme, hydramnios); toutes les anomalies du cordon (insertion vélamenteuse, brièveté, allongement, circulaires, etc.).

Anomalies de l'accouchement : Avortement et accouchement prématuré, grossesse prolongée, procidences et toutes les présentations anormales jusque et y compris les positions droites de l'occiput.

L'hérédité s'exerce, en outre, sur certaines intoxications ou infections puerpérales : l'eclampsie et la phlegmatia post-postérieure, ou, du moins, sur l'aptitude à contracter ces affections, sur le *terrain*, en un mot.

C'est assurément la nature dégénérative des *présentations anormales* qui est l'élément le plus original; c'est aussi celui qui a soulevé les plus vives critiques de la part des accoucheurs.

On sait que ces derniers attribuent les présentations anormales à des causes purement maternelles et exclusivement mécaniques et pensent qu'elles sont réglées par la loi dite de l' « accommodation de Pajot ».

« En dehors des mouvements actifs qui n'ont rien de permanent, le fœtus peut et doit être considéré dans l'utérus, non seulement comme un être vivant et actif, mais encore comme un corps passif. Dès lors, il est soumis aux lois physiques qui régissent tous les corps placés dans les mêmes conditions que lui. La pierre dans la vessie, le calcul dans la vésicule biliaire, n'ont pas d'angles saillants, mais arrondis. Le fœtus, lui, arrondit ses angles en se fléchissant... chaque pression qu'il supporte... chaque mouvement qui lui est imprimé ont pour résultat, non de le polir, mais de le fléchir, puisqu'il ne peut s'étendre. » Ainsi s'exprime M. Pinard [1].

On comprend que les accoucheurs, qui affirmaient aussi nettement leur conception d'un fœtus s'accommodant passivement à l'organisme maternel, aient vivement combattu la loi de la dégénérescence obstétricale, dans laquelle ils voyaient une contradiction formelle avec la doctrine classique.

M. Porak est, à cet égard, le fidèle interprète de leurs ten-

[1] Prof. Pinard. *Traité du palper abdominal*, 2e édition, p. 3.

dances lorsqu'il dit [2] : « Depuis Solayrès de Renhac, notre effort le plus constant a tendu à démontrer la réalité de ces théories mécaniques. Chaque génération a apporté une notion nouvelle ou un éclaircissement à cette importante doctrine, sans laquelle l'obstétrique ne serait qu'un amas confus de faits inexpliqués. *Nous ne saurions plus nous en passer.* »

Toutefois, M. Porak veut bien admettre comme très important le rôle de l'hérédité en pathologie obstétricale, et, dit-il, « si les accoucheurs n'ont pas encore tenu grand compte des recherches des auteurs, c'est que celles-ci sont connues depuis peu de temps. » Pourtant, les travaux de Lucas, de Morel, de Magnan et de ses élèves datent déjà de plusieurs années, et les auteurs ne méritent pas non plus le reproche d'avoir voulu « proposer une classification des signes de dégénérescence, dans laquelle ils ont rangé des phénomènes dont les plus importants étaient connus avant eux. »

Très justement, le rapporteur fait remarquer que Morel et bien d'autres ont montré avec quelle rapidité s'éteignent les familles d'aliénés; mais le grand mérite de MM. Larger est d'avoir montré que la stérilité, l'avortement, l'accouchement prématuré et la mortinatalité marquent les stades successifs d'un seul et même arrêt de développement, dont le résultat est, pour les dégénérés, la destruction du produit de la conception et partant l'extinction de la race. Les autres anomalies de la gestation, ajoutent-ils, concourent au même but, « car il est évident qu'une dégénérée qui a une présentation anormale court les plus grands risques de mettre au monde un enfant mort-né. Et, si la dégénérescence, en général, tend à la stérilité et à l'extinction rapide de l'individu dégénéré et de ses descendants, il est certain que les stigmates obstétricaux réalisent cette tendance plus sûrement encore que les autres stigmates de dégénérescence. »

Au point de vue purement obstétrical, M. Porak pense que c'est un tort de ranger les moindres anomalies de la gestation parmi les stigmates obstétricaux et il est incontestable que c'est bien là le point où la critique peut le plus facilement s'exercer. Il est évident, en effet, qu'au point de vue de la force de la démonstration, il eût mieux valu s'en tenir — au risque d'être incomplet — aux grosses tares obstétricales et que, prise isolément, l'affirmation de la nature dégénérative des positions OIDP apparaît un peu excessive. Mais les auteurs n'ont pas autrement insisté sur ce point. Il faut, par ailleurs, reconnaître que les positions droites de l'occiput (tares légères) sont, par rapport aux présentations du siège, de la face et de l'épaule (tares graves), ce que la simple

[2] Porak, *loc. cit.*

luette bifide est à la gueule de loup complète. C'est une question de mesure, et il ne faut pas trop s'étonner qu'il y ait des degrés infinis dans les tares héréditaires, depuis celles qui sont incompatibles avec la vie, jusqu'à celles qui sont à peine visibles et ne présentent souvent qu'un intérêt de curiosité. Tels sont les cas où les positions droites de l'occiput, les circulaires du cordon, etc., et autres anomalies de peu d'importance existent isolément.

Ce sont ces faits de transition qui rattacheut l'hérédité pathologique à l'hérédité normale. Ils créent entre celles-ci des liens si intimes que, par une marche inverse de phénomènes, ils permettent à certains dégénérés de pouvoir se régénérer. Si ces mêmes liens n'existaient pas dans les stigmates obstétricaux, ces derniers ne seraient pas identiques aux autres stigmates et les anomalies obstétricales ne pourraient pas rentrer dans le cadre de la dégénérescence.

Le rapporteur fait encore dire à MM. Larger : « Qu'ils croient avoir démontré l'influence du sexe et, en particulier, du sexe masculin sur la répétition par l'hérédité des présentations anormales. » — Non, les auteurs prétendent seulement qu'il est impossible d'expliquer les cas bien nets qu'ils apportent d'hérédité des présentations anormales par les mâles, à l'aide des théories exclusivement maternelles, ayant l'utérus, le bassin, etc., pour base, telles qu'elles résultent de la loi dite de l'accomodation de Pajot.

En voici deux exemples, pris entre plusieurs autres :

Observation I[1]. — Femme née prématurément, épileptique. Elle a successivement, de deux maris différents, 6 enfants à terme et plusieurs avortements. Ses enfants naissent alternativement, l'un par la face avec procédence d'un bras, l'autre par le siège.

L'un de ses fils, épileptique aussi, né lui-même par le siège, a successivement, de *trois femmes différentes*, des enfants nés par le siège. De sa deuxième femme, il a 2 enfants, nés, l'un par la face avec procidence d'un bras, et l'autre né par le siège; c'est-à-dire qu'on retrouve ici la même alternance des présentations anormales que dans les couches de sa mère.

Observation II[2]. — Femme normale. Mari dégénéré. Après trois couches parfaitement normales, la femme devient enceinte pour la quatrième fois, durant les émotions du siège de Paris : accouchement d'un garçon né par la face, avec procidence d'un bras. Ce fils, un véritable enfant du siège (Féré), est un dégénéré phy-

[1] Thèse H. Larger. Série *A*. Obs. 51, 52, 55 ; — p. 43.
[2] Thèse H. Larger. Série *A*. Obs. 20, 21, 22 ; — p. 41.

sique et psychique. Marié, son premier né se présente, comme même, par la face, avec procidence d'un bras.

On ne peut évidemment soutenir qu'il n'y ait là que de sim coïncidences. Et cela d'autant plus que les auteurs relatent autres cas d'hérédité des présentations anormales par les m sans compter le cas historique, vraiment curieux, d'Agrippa e son arrière-petit-fils Néron, nés tous deux par le siège. Pl (l'ancien), qui rapporte le fait, remarque que ceux qui sont par les pieds — et auxquels les Romains décernaient le sur d'Agrippa (*de ægre partus* ou *de ægritudo et pes*) — « sont vou un mauvais destin, tant par eux-mêmes que par leur des dance, témoins Caligula et Néron, ces fléaux du genre humai En d'autres termes, des dégénérés.

A ce point de vue historique, on trouvera dans la thèse H. Larger des documents fort curieux sur les présentations a males et autres anomalies obstétricales de quelques personn célèbres. On y verra notamment ce fait intéressant que « la gé lité se manifeste au moment décisif, sinon ultime, de la d dence de toutes les grandes dynasties, telles que les Césars Antonius, les Carlovingiens, les Valois, les Bourbons. Réc ment encore, les journaux nous apprenaient que la sultane f rite venait de donner deux jumelles au représentant dégénéré la dynastie décadente des Osmanlis.

Ce qui autorise encore, ajoute M. Porak, à ne considérer comme étant de pures coïncidences les cas d'hérédité des pré tations anormales par les mâles relatées par MM. Larger, leur petit nombre.

Il est vrai que, sur les 340 observations de présentations a males des auteurs, et bien que dans toutes, sans exception, antécédents de dégénérescence aient été relevés, il en est une taine au plus sur ce nombre où les renseignements ont pu un peu détaillés. Néanmoins, dans 32 cas, ils sont parvenu remonter à l'hérédité similaire des présentations anormales. parmi ces 32 cas que dix fois ils ont relevé cette hérédité par mâles. Ces chiffres sont donc relativement considérables.

Nous savons, en effet, combien il est difficile de recherche antécédents de dégénérescence en général et cette recherche, d le cas présent des stigmates obstétricaux se complique de ce qu'il faut s'en rapporter, dans l'immense majorité des cas, à anamnestiques peu connus, même dans la classe éclairée. Le teur sait-il comment il est né? Si son placenta était bien insé Et s'il a vu le jour par la tête ou... par le siège?

« Mais, disent les auteurs, est-ce à dire que, devant ces f désormais incontestables de l'hérédité des présentations anorm

[1] Pline (l'ancien). — Livre VII, chap. VI.

par les mâles, il ne faille plus tenir compte des relations mécaniques existant entre le bassin, l'utérus et le fœtus? Evidemment non. Les conditions mécaniques peuvent sans doute *favoriser* ou même entraver la production d'une présentation anormale; elles ne sauraient la *créer*. En un mot, ce ne sont là que des *causes secondes*. »

Il n'y a donc pas incompatibilité absolue entre les théories mécaniques et celle des stigmates obstétricaux de la dégénérescence. M. Porak s'en est rendu compte, puisqu'il s'efforce de concilier les théories mécaniques avec l'hérédité des présentations anormales par les mâles bien démontrées par R. et H. Larger. La conception de ces derniers établissant la transmission de la dégénérescence des générateurs dès le passage du fœtus in utéro, ne fait en quelque sorte que prouver l'action plus indirecte que directe de l'organisme maternel et aussi paternel. Si la dégénérescence obstétricale ne résout pas définitivement le problème des présentations du fœtus, du moins elle le recule et, suivant l'expression des auteurs, elle transporte le même problème, de la mécanique pelvienne jusqu'à la biologie générale.

Mais il est toute une série d'autres faits non moins démonstratifs et qui constituent toute la première partie de la thèse de H. Larger. Ce dernier, en effet, y opère une sélection de 36 observations, dans laquelle l'influence de la dégénérescence sur la production des présentations anormales et des autres anomalies de la gestation est marquée avec une telle évidence, que ces observations, ainsi que le remarque à juste titre l'auteur, acquièrent la valeur d'expériences de laboratoire.

Il s'agit de femmes qui, après une ou plusieurs couches normales, contractent des crises d'épilepsie, d'hystérie, etc., et accouchent ensuite en présentations anormales. Guéries de leur affection nerveuse, elles accouchent de nouveau normalement, etc., etc. Des femmes enfin, qui ont tour à tour des présentations normales avec un mari normal et des présentations anormales avec un autre mari anormal (influence du mâle).

Voici notamment 3 observations qui marquent d'une façon saisissante cette influence du mâle :

Première observation [1]. — Premier mari normal : présentations normales en OIGA.

Deuxième mari dégénéré : présentation de la face.

Deuxième observation [2]. — Premier amant normal : deux présentations successives, normales en OIGA.

[1] Thèse H. Larger. Série *A*. Obs. 157; — p. 29.

[2] Thèse H. Larger. Série *A*. et *Da*. Obs. 127-14 ; — p. 29.

Deuxième amant dégénéré : présentation du siège.

Ce n'est pas tout : le deuxième amant est un homme marié, qui a simultanément de sa femme légitime un enfant du même âge que celui de sa maitresse, né aussi par le siège.

Troisième observation[1]. — Mari dégénéré : trois grossesses avec, chaque fois, présentation anormale et éclampsie puerpérale.

La femme prend ensuite un amant parfaitement normal; trois nouvelles couches, toutes normales, en OIGA, et sans éclampsie puerpérale.

On sera forcé de reconnaître que, devant cette dernière série de faits, il n'est plus possible de faire intervenir les théories mécaniques. même à titre de causes secondes. Si l'on conçoit, en effet, qu'un père dégénéré puisse engendrer une fille douée d'un bassin vicieux, on ne saurait admettre que deux maris différents aient une influence quelconque sur le bassin d'une même femme.

Nous avons tenu à discuter point par point le rapport de M. Porak, parce qu'il présente pour la première fois d'une manière officielle les objections qui, de tous côtés, ont été adressées à la théorie de la dégénérescence obstétricale par les accoucheurs.

Parmi toutes ces objections, quelles sont celles que retiendront les neurologistes? — Ils ne s'inquièteront pas trop de savoir si la loi de l'accommodation de Pajot doit garder invariable sa valeur théorique et dogmatique. Ils ne contesteront guère tous ces faits d'hérédité par les mâles qui, s'ils surprennent un peu dans un domaine où l'on envisage surtout les deux facteurs mère et fœtus, sont en tout conformes aux grandes lois générales de la biologie. Mais ils penseront que les stigmates obstétricaux de la dégénérescence méritent — et c'est tout à l'honneur des auteurs — les mêmes critiques que les stigmates mentaux ou physiques, lesquels sont unanimement admis en pathologie nerveuse et mentale, mais dont la valeur pathogénique, diagnostique et pronostique varie beaucoup avec les différents auteurs. En effet ce qui diminue un peu l'importance des stigmates dégénératifs (mentaux, physiques, obstétricaux), c'est leur fréquence et, pourrait-on dire, leur banalité. Trop de sujets ont eu des obsessions, faibles et éphémères, trop de sujets ont de légères modifications morphologiques du pavillon de l'oreille, pour que leur simple constatation permette d'affirmer que ceux qui en sont porteurs ne pourront délirer comme ceux qui en sont indemnes, ni présenter les mêmes formes morbides. De même, les présentations droites de l'occiput sont des tares qu'il peut être intéressant de noter au point de vue général, mais qui sont vraiment trop légères pour qu'il en soit tenu compte pratiquement.

[1] Thèse H. Larger. Série *A.* et *Da.* Obs. 127-14; — p. 29.

En revanche, les grosses tares, présentations de la face, du siège, etc., acquièrent, précisément par leur moindre fréquence relative, la même et aussi incontestable valeur que la polydactylie, l'hypospadias ou toutes les phobies.

Pratiquement, il s'en suit qu'il faut ouvrir un nouveau chapitre dans la recherche des antécédents pathologiques, héréditaires ou personnels, celui des tares obstétricales, et qu'il y a lieu de compléter sur ce point toutes les observations, particulièrement celles recueillies au point de vue neurologique ou psychiatrique. Il s'en suit également qu'il n'est pas indifférent de naître comme tout le monde, par le sommet, ou de naître *de travers*, par la face ou les pieds, et qu'à ce titre le médecin praticien fera bien, en présence d'un accouchement anormal, d'appliquer tous ses efforts à parer, par des soins et une éducation appropriées, à la transformation heureusement non inéluctable, des tares dégénératives obstétricales ou physiques en tares mentales.

Telle est l'œuvre des Larger qu'il nous a paru intéressant de vulgariser par une analyse impartiale.

Pierre Roy.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXVI. **Recherches sur les centres spinaux des muscles de la jambe**; par le Dr Parhon et Mme Parhon. (*Journal de Neurologie*, 1902, n° 17).

Les expériences des auteurs ont été faites sur six chiens auxquels ils ont enlevé des deux côtés un ou plusieurs des muscles de la jambe. A la suite de l'extirpation des jumeaux, ils ont constaté des altérations du groupement secondaire qui apparait dans la moitié inférieure du 4e segment lombaire et occupe la partie la plus antérieure du groupement primaire postero-interne. Le centre du fléchisseur superficiel apparaît lui aussi dans la moitié inférieure du 4e ségment lombaire; le centre du fléchisseur profond occupe la place qui reste en dehors du précédent, en arrière du centre des jumeaux. En ce qui concerne les muscles de la région antero-externe, c'est du niveau de l'extrémité inférieure de la moitié supérieure du 4e segment lombaire que serait situé le centre du jambier antérieur : immédiatement en arrière de lui se trouve le centre des extenseurs des orteils. Les centres des péroniens seraient situé à un niveau un peu inférieur. Ces résultats, d'après

les auteurs, seraient susceptibles de s'appliquer à l'homme dans leurs lignes générales et peuvent, en tout cas, servir de guide pour des recherches futures sur la localisation des muscles de la jambe de l'homme. G. D.

XXVII. Sur la localisation des centres moteurs, du biceps crural, du demi-tendineux et du demi-membraneux dans la mœlle épinière; par les Drs PARHON et GOLDSTEIN. (*Journal de Neurologie*, 1902 — n° 139).

Les auteurs ont enlevé chez un chien le biceps crural, chez un autre le demi-tendineux et chez un troisième le demi-membraneux d'un côté et le demi-tendineux de l'autre. Les animaux furent sacrifiés au bout de 15 à 19 jours et leur moelle fixée par les procédés habituels a été ensuite débitée en coupes serrées. On a constaté alors que chez le premier chien, les cellules du groupement *intermédiaire* du noyau du sciatique étaient en réaction, tandis que celles du groupement central du même noyau étaient intactes. Au contraire, chez le second animal les altérations étaient cantonnées à la moitié inférieure du groupement central. Chez le troisième chien les altérations correspondantes à la réaction du demi-membraneux étaient situées dans la moitié supérieure du groupement central, tandis que celles correspondantes à l'extirpation du demi-tendineux occupaient la moitié inférieure du même groupement.

Il résulte de ces recherches que le noyau du biceps crural est représenté par le groupement intermédiaire et non pas par le groupement central comme l'avaient soutenu antérieurement les auteurs. Ce groupement central représente le noyau du demi-membraneux et du demi-tendineux. Un point reste pourtant debout de leurs premières recherches : c'est que les muscles postérieurs de la cuisse ne sont pas inervés d'une façon diffuses par les deux colonnes qui leur correspondent et que ces colonnes innervent chacune des muscles, qui diffèrent un peu par leur fonction. G. D,

XXVIII. De l'incitation des muscles et des nerfs par les courants faradiques de fermeture et d'ouverture; par I. IOTEYKO. (*Journal de Neurologie*, 1902 — n° 11.

Des recherches expérimentales exposés dans ce travail, il ressort que la notion de la rapidité de la variation de l'intensité des courants faradiques dans les phénomènes de l'incitabilité des muscles et des nerfs a une importance plus grande que celle qu'on lui avait accordée jusqu'ici. Il semble que le premier stade de paralysie (perte de l'incitabilité parfatique ou anesthésie) soit dû non à l'impossibilité de réagir à la même force de l'excitant, mais à

l'impossibilité de réagir à une variation trop lente. La fatigue et l'anesthésie conduisent la matière vivante à un état d'inertie, qui exige pour être vaincu, l'emploi d'ondes plus brusques et plus intenses.

Cette étude purement physiologique pourrait peut-être trouver une application à l'électro-diagnostic. Du moment que dans l'épuisement la fatigue et la déchéance organique, la diminution d'excitabilité des muscles et des nerfs se traduit par une diminution de sensibilité avec variations lentes de potentiel, la *réaction de débilité* est caractérisée par une inaptitude à répondre aux ondes de clôture, les courants de rupture ayant conservé leur plein effet. Le quotient F/O qui exprime le rapport entre la hauteur de la secousse de la fermeture faradique à l'ouverture, subirait une diminution dans les états de débilité, relativement à ce qu'il présente à l'état normal ou du côté sain. G. DENY.

XXIX. **De la sensibilité du squelette** ; par le Dr Max EGGER.

L'auteur a démontré déjà que les vibrations moléculaires d'un diapason, de par les trépidations qu'il émet sur l'os, constituent un excellent spécifique pour la membrane sensible de l'os, pour le périoste et ses annexes, les capsules et les ligaments péri-articulaires.

Le squelette d'un membre dont la peau a conservé sa sensibilité normale ne perçoit pas les trépidations d'un diapason appliqué sur lui ; mais un membre à anesthésie tégumentaire totale reste sensible aux vibrations du diapason : ni la peau ni le muscle ne peuvent être considérés comme les organes percepteurs des vibrations qu'on détermine sur les os, et ce sont indubitablement ces derniers qui sont les organes percepteurs par excellence.

L'expérience a montré que la sensation de vibration n'a lieu qu'à l'endroit même d'application du diapason, ce qui permet de délimiter étroitement les zones d'anesthésie squelettique (*Revue neurologique*, juin 1902). E. B.

XXX. **Essai sur la psycho-physiologie du sommeil. Le sommeil dans la paralysie faciale** ; par MM. VASCHIDE et VURPAS.

De l'analyse délicate de deux cas de paralysie faciale, les auteurs tirent les déductions suivantes :

I. Dans la paralysie faciale, l'écartement palpébral du côté paralysé est toujours moindre pendant le sommeil que pendant la veille : dans certains cas même l'occlusion peut être complète ou à peu près.

II. Il y a un rapport étroit entre la position des yeux et celle des paupières, ainsi qu'entre les mouvements de l'œil et ceux des paupières.

III. L'occlusion de la paupière pendant le sommeil semble due chez l'individu normal comme chez le sujet atteint de paralysie faciale, à un relâchement du releveur de la paupière. Cet état de relâchement du releveur correspond à une hypotonicité générale de la musculature de l'œil.

IV. L'hypotonicité des muscles des yeux est en rapport avec un défaut de convergence et un état d'indépendance des deux yeux dans leurs rapports réciproques.

V. Le défaut de convergence oculaire coïncide avec l'état de « distraction » qui caractérise le sommeil. Il y a ainsi un rapport entre l' « attention » psychologique et l'attention oculaire.

VI. Le défaut d'adaptation oculaire, d'accomodation, provoque de la confusion dans la perception des images visuelles, qui deviennent floues, estompées, embrouillées. Ce défaut de netteté et de délimitation précises dans les contours des objets amène un trouble de l'attention et jette la distraction dans l'état mental du sujet (*Revue neurologique*, sept. 1902). E. B.

XXXI. **Réseau endocellulaire de Golgi dans les cellules nerveuses de la moelle épinière**; par le Dr SOUKHANOFF.

Description de la technique pour obtenir le réseau endocellulaire de Golgi dans la moelle des cobayes et morphologie de ce réseau. Quelle est la signification de ce réseau dans le protoplasma cellulaire? il s'agit d'un système particulier, inclus dans la cellule, pénétrant dans les dendrites; mais il est bien difficile de se faire une opinion sur sa valeur et sa fonction jusqu'au jour où l'on réussira à révéler ce réseau endocellulaire dans les cellules pathologiques (*Revue neurologique*, sept. 1902). E. B.

XXII. **Contribution à la psycho-physiologie des mourants. Deux cas de chorée chronique**; par MM. VASCHIDE et VURPAS.

Dans deux cas de chorée chronique, les auteurs ont recherché avec soin les modifications des troubles moteurs qui se sont produites au cours des derniers jours qui précédèrent la mort. Alors que la chorée chronique est caractérisée par des mouvements sans but défini et continus, que le sommeil n'arrête pas tout à fait, ces mouvements ont cessé complètement quelques jours avant la mort. La physionomie pathologique s'est trouvée brisée et les sujets ont acquis la fonction parfaite de leurs mouvements automatiques, réflexes et volontaires. Ce fait plaiderait contre l'existence de lésions définies, ou bien encore on pourrait penser à une suppléance fonctionnelle en tout cas fort curieuse, difficile et intéressante à comprendre et à saisir, d'autant qu'elle a lieu seulement les quelques jours qui précèdent la mort (*Revue neurologique*, mai 1902). E. B.

XXXIII. **Le réflexe vulvo-anal** ; par le Dr Rossolimo.

Ce réflexe, dont la recherche paraît difficilement applicable dans la pratique, consiste en une contraction simultanée, chez la femme du muscle constricteur de la vulve et de l'anus, après une irritation mécanique légère de ce dernier. Il est fortement exagéré dans les cas de vaginsme.

Son absence peut être le symptôme d'une affection organique du cône médullaire et de la queue de cheval : il peut servir de signe de l'état des fonctions sexuelles. (*Revue neurologique*, oct. 1902).

E. B.

XXXIV. **Contributions à l'étude du rôle du cerveau dans l'innervation des organes de la vie végétative, à propos de deux cas d'hémiplégie** ; par les Drs Parhon et Goldstein.

A propos de deux cas d'hémiplégie avec troubles vaso-moteurs, les auteurs font une revue d'ensemble des différents points que les études antérieures ont établis relativement à la question de l'influence que le cerveau exerce sur l'innervation des organes de la vie végétative.

Peu nombreux sont les cas publiés jusqu'à présent dans le but de préciser le siège du centre ou plutôt des centres vaso-moteurs cérébraux : en les examinant, on est frappé de la grande fréquence, de la presque constance des altérations du corps strié. Les deux cas rapportés par MM. Parhon et Goldstein viennent encore confirmer cette notion, si bien qu'une conclusion paraît s'imposer, à savoir que le corps strié et surtout la tête du noyau caudé contient des centres vaso-moteurs. (*Revue neurologique*, oct. 1902). E. Blin.

XXXV. **Pathogénie de certaines cavités médullaires** ; par MM. Thomas et Hauser.

La nature et l'origine des cavités médullaires sont encore assez vivement discutées ; à côté des grandes cavités qui résultent de la dilatation du canal de l'épendyme ou de la fonte d'un gliome à point de départ épendymaire, il en est d'autres, généralement moins considérables, qui reconnaissent pour origine des glioses disséminées, des inflammations chroniques, des foyers hémorrhagiques, des myélites par compression : dans ces différents cas, le canal de l'épendyme reste étranger à la formation des cavités : c'est dans cette catégorie que paraît devoir rentrer l'intéressante observation rapportée par les auteurs, observation des plus complète au point de vue anatomo-pathologique, et accompagnée de nombreuses figures.

Il s'agit d'une femme atteinte de démence sénile avec hémiparésie du côté droit, à l'autopsie de laquelle on trouva, sur toute la

hauteur de la moelle, des fentes et foyers de désorganisation primitifs localisés à la substance grise. Les fentes présentent une disposition remarquable, parcourent la corne postérieure suivant une ligne droite, souvent axiale, et semblent la sectionner en deux moitiés.

La répétition de cette topographie sur toute la hauteur du côté droit, la symétrie des altérations du côté gauche, évoquent aussitôt l'idée de leur origine vasculaire. On trouve d'ailleurs des vaisseaux occupant la lumière de ces fentes et dirigés parallèlement à elles; et outre l'augmentation et la sclérose des petits vaisseaux avoisinants, l'inflammation chronique des artères du système postérieur, notamment de l'artère du septum médian postérieur et de celles qui pénètrent dans les cordons blancs postérieurs, sont des indices de la participation importante de l'appareil circulatoire.

Cette observation démontre que des troubles circulatoires peuvent être le point de départ de pertes de substance médullaire, en dehors de toute autre cause. Elle établit aussi que les pertes de substance produites sous l'influence de troubles vasculaires, indépendantes au début de toute gliose, peuvent susciter secondairement une réaction névroglique prononcée. (*Revue neurologique*, oct. 1902). E. B.

XXXVI. Nouvelle méthode de mensurations cérébrales. Atrophie relative du lobe pariétal par rapport au lobe frontal dans la démence; par MM. Dide et Chenais.

Afin de pouvoir apprécier et comparer les proportions anormales que semblent avoir certaines portions du cerveau chez les aliénés, et notamment les déments, les auteurs ont utilisé le mode de mensuration suivant :

Après avoir isolé chaque hémisphère et l'avoir posé à plat sur sa surface interhémisphérique, on détermine sur le cerveau quatre points fixes, à savoir les extrémités supérieure et inférieure de la scissure de Rolando, la portion la plus antérieure du lobe frontal et la portion la plus postérieure du lobe occipital.

Ces points permettent d'établir :

1° La direction théorique de la scissure de Rolando; — 2° Une ligne fronto-rolandique supérieure; — 3° Une ligne fronto-rolandique inférieure; — 4° Une ligne occipito-rolandique supérieure; — 5° Une ligne occipito-rolandique inférieure; — 6° Une ligne occipito-frontale.

Ces six lignes limitent les arêtes d'un tétraèdre dont tous les éléments (arêtes, hauteur, faces, volumes, angles) peuvent être calculés. M. le prof. Joffroy enseigne que les processus psychiques les plus importants se passent au niveau du grand centre d'association postérieur : le nouveau procédé de mensuration de MM. Dide et Chenais, apporte à cette notion une confirmation ma-

thématique et montre, chiffres en main, que, tout au moins dans la démence, le grand centre d'association postérieur, s'atrophie par rapport au centre antérieur (*Revue neurologique*, mai 1902).

E. B.

XXXVII. Deux nouveaux cas de lésions limitées au bourrelet du corps calleux; par MM. PELMAR et SKALICKA.

Comme dans deux cas déjà présentés, les auteurs ont trouvé, dans la partie inférieure du bourrelet, une coloration brunâtre se poursuivant, dans l'un des cas, jusque dans la couche sous-épendymaire de la paroi interne de la corne postérieure droite et gauche. S'ils ne peuvent à l'heure actuelle poser de conclusion affirmative sur la nature de cette lésion, les auteurs estiment pourtant que les connexions entre la destruction de l'écorce cérébrale et la lésion du corps calleux sont assez loin de la simplicité et de la régularité qui semblaient être évidentes après les travaux de Monakow, Annfrovicz et Déjerine. (*Revue neurologique.*, mai 1902). E. B.

XXXVIII. Le sens du goût chez les gens normaux et chez ceux qui sont affectés d'épilepsie, de folie systématisée chronique de paralysie générale progressive; par J. HERMANN (*Obozrénié psichiatrü IV*, 1899.

Etude très intéressante de laquelle il semble résulter que les désordres du goût de l'épileptique et du paralytique sont d'origine corticale, à raison : 1° des modifications anatomiques et fonctionnelles de l'écorce dans ces maladies; — 2° Des paralysies partielles et de l'émoussement du sens du goût; — 3° De l'aura du goût rencontrée chez l'épileptique; — 4° De la sensation amère ou acide antérieure aux accès de ce dernier; — 5° Des illusions du goût observées chez les paralytiques, par Kornfeld et Bikelès; — 6° De la simultanéité des troubles du goût et de l'affaiblissement d'autres fonctions corticales chez ces malades. P. KERAVAL.

XXXIX. Contribution clinique à l'étude de la topographie des atrophies musculaires myélopathiques; par R. CESTAN et E. HUET (*Nou. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1902)

Les recherches entreprises depuis quelques années en vue de la détermination des localisations sensitivo-motrices de la moelle tendent à opposer deux théories, celle de la distribution segmentaire et celle de la distribution radiculaire. Pour ce qui concerne les localisations sensitives, une séduisante hypothèse de Brissaud explique ces deux théories par le siège extra et intra-médullaire des lésions. Quant aux localisations motrices qui se prêtent moins facilement à la conciliation, leur détermination donne lieu à des opinions différentes. Les uns (Sano) estiment que tout muscle doit

avoir son noyau d'innervation distinct dans la corne antérieure, d'autres (Van Gehuchten, de Neef) croient que la localisation motrice est segmentaire ; Parhon, Goldstein trouvent que la distribution motrice est segmentaire pour certaines régions seulement. En opposition à ces résultats contradictoires de la méthode expérimentale, les auteurs donnent 4 observations cliniques détaillées, deux de syringomyélie et deux de paralysie infantile présentant des atrophies musculaires des membres supérieurs intéressant le groupe radiculaire du plexus brachial ; ils en concluent que « deux lésions très différentes de la corne antérieure (syringomyélie et polyomyélite infantile) peuvent déterminer en réalité des troubles moteurs, non à disposition segmentaire, mais à disposition exclusivement radiculaire et que la seule topographie des atrophies musculaires ne peuvent servir de base au diagnostic de siège médullaire ou radiculaire de la lésion. » R. Charon.

XL. **Anatomie des lacunes de désintégration cérébrale** ; par J. Ferrand (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1902.

Recherches macro et microscopiques d'après les matériaux du laboratoire de Bicêtre. Le siège le plus habituel des lacunes est dans les noyaux gris du cerveau, par ordre de fréquence : noyau lenticulaire, couche optique, noyau caudé, capsule interne, c'est-à-dire dans le domaine d'irrigation des cérébrales. Le lieu d'élection des lacunes se trouve au niveau de la coupe de Flechsig. *Leur dimension* moyenne est celle d'une petite lentille et ne dépasse pas celle d'un haricot, leur forme est à peu près ronde, plus allongée dans le sens du vaisseau autour duquel elles siègent ; leurs parois sont déchiquetées, de teinte grisâtre ou ocreuse, renfermant un liquide louche ou un magma jaunâtre au milieu duquel se voit l'ouverture du vaisseau. La formation de la lacune passe par deux degrés : au premier degré la lacune n'est pas constituée à proprement parler, c'est la lacune miliaire (raréfaction du tissu cérébral autour du vaisseau sans solution de continuité) ; au deuxième degré, lacune vraie c'est-à-dire cavité contenant à son centre un vaisseau altéré dans ses parois mais toujours perméable, cavité limitée par un parenchyme cérébral en voie de désintégration contenant des éléments cellulaires et fibrillaires. R. C.

XLI. **Absence congénitale des muscles grand et petit pectoral** ; par A. Souques (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1902).

Garçon de vingt ans. A droite le petit pectoral fait complètement défaut, il ne reste du grand pectoral qu'un petit faisceau de la portion claviculaire : il s'agit d'un arrêt de développement congénital. En dehors de son intérêt immédiat, cette observation permet de vérifier que, dans la respiration normale, les intercostaux exter-

nes restent immobiles, mais qu'ils entrent en action pendant l'inspiration forcée ; et aussi que la suppression des pectoraux n'entraine aucune impotence du membre supérieur. R. C.

XLII. **Le sens des attitudes** ; par P. Bonnier (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2-1902).

Dans une suite de travaux antérieurs sur le vertige, le tabes labyrinthique, l'oreille, l'orientation, M. P. Bonnier a entrepris de réduire à une seule entité plus compréhensive, qu'il désigne *sens des attitudes*, les différentes conceptions physiologiques qui ont cours sous les noms de *sens musculaire, sens de l'espace, sens kinesthésique, sens stéréognostique*, etc. Il n'a pas eu l'ambition de créer un sens nouveau, mais seulement une expression nouvelle plus conforme à l'observation scientifique. « Je ne crois à l'existence des choses que si elles nous fournissent sensoriellement ou intellectuellement les moyens de les localiser. Une chose n'acquiert d'existence réelle pour nous que par l'identité de la localisation de ses divers aspects sensoriels ; la distribution topographique des choses de notre milieu les unes par rapport aux autres et par rapport à nous qui permet l'extériorisation sensorielle. crée la notion d'*objectivité* ; de même la notion de *subjectivité* dépend de la localisation des choses en nous et ces deux termes du moi et du non moi sont sortis des opérations des plus directes du sens des attitudes. » Ces idées, dégagées de toute conception ancienne sur la psychologie de la conscience et des sensations, ont été vivement combattues par M. Claparède qui reprocha à M. Bonnier de n'avoir pas compris que « le physique et le psychique étaient hétérogènes, que la sensation n'a rien à faire avec l'espace, que si la localisation est un fait de conscience, le fait de conscience, lui, n'est pas localisé. Le travail de M. P. Bonnier n'est pas un nouvel exposé médico-psychologique, mais la réponse documentée d'un philosophe biologiste à un philosophe spiritualiste. R. C.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. **Assistance des aliénés en Bavière jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle** ; par F. Kollmann (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XXII. N. F, X. 1899).

Au XIV[e] et au XV[e] siècle les villes libres de Nuremberg et d'Augsbourg se préoccupent surtout de se débarrasser des aliénés soit en les transférant quand ils étaient étrangers au pays, soit en les rendant à leurs parents chargés de les nourrir et de les maintenir.

Certains sur la motion de leurs parents étaient séquestrés, à leurs frais, dans des prisons, tantôt pendant quelques jours, tantôt pendant des années, où ils étaient maltraités et enchaînés. Pour en sortir il fallait une caution des parents, ou prêter le serment de ne pas se venger, mais ils y étaient réintégrés dès qu'ils étaient à nouveau reconnus dangereux. Vers l'an 1460, on fonde une maison de fous expressément et exclusivement destinée aux aliénés, maison dont il n'est plus question dans les documents du XVIe siècle.

A la fin du XVIe siècle et au XVIIe siècle, la Bavière est travaillée par les idées de sorcellerie et de possession. Les aliénés sont regardés comme des pécheurs abandonnés de Dieu, de véritables animaux; on les exècre, on les évite, on les condamne au bâton, au cachot, à mort. Le criminel aliéné est tenu pour sain d'esprit et pendu, roué, décapité.

Au XVIIe et au XVIIIe siècle, les congrégations religieuses s'occupent d'assister les aliénés, mais il n'est fait mention que d'assistance et de mesures à l'égard des mendiants, vagabonds, criminels et pauvres. Il est vrai que le terme de pauvre désignait alors non seulement les pauvres, mais les épileptiques, les idiots, les délirants mélancoliques et les furieux. On les rendait à leurs communes qui devaient en prendre soin ou les expulser hors du pays.

A la fin du XVIIe siècle, quand, en 1749 on eut brûlé le dernier sorcier sur le sol allemand, les aliénés sont surtout dans les prisons et dans les établissements de pauvres. Les maisons d'aliénés d'ordinaire annexées aux maisons de correction et à l'assistance des pauvres, sont organisées de telle sorte que ces malheureux sont dénués de tout, maltraités, considérés comme des bêtes curieuses, inventoriés comme des objets inanimés, logés dans des caves la nuit, on les mélange le jour, par économie, aux détenus qui s'en font un jeu.

La maison de correction de Saint-Georges à Bayreuth et celle d'Augsbourg, séquestrent parfois des demi-aliénés et ceux qui ont fait des menaces ou sont à charge à leurs parents. Le fondateur de Saint-Georges avait spécifié qu'on y devait également séquestrer les mélancoliques et les extravagants nuisibles à eux-mêmes et aux autres, de sorte qu'à la fin, cet établissement est bondé d'aliénés.

A Passau les aliénés sont assimilés aux criminels avec lesquels on les enferme dans le donjon de Niederhaus.

L'assistance des aliénés s'effectue encore dans les hôpitaux, notamment à Wurzbourg et à Augsbourg. Le quartier d'aliénés d'Augsbourg se compose de neuf trous étroits, sales, sans fenêtres.

Les malades sont aux fers, sans nourriture, sur de la paille. On leur passe leur pitance par un pertuis pratiqué à la porte comme dans une cage. Il en est de même à l'hôpital Julius de Wurzbourg. La nourriture de ces malheureux est faite des débris dont les autres

ne veulent plus. On rive à des anneaux de fer et à des chaînes les furieux que l'on craint. Déguenillés, ils ne sont changés de literie que toutes les six semaines et de paille tous les trois mois. Tous les moyens de contrainte sont usités et les coups sont de règle. On les traite en les fouettant d'orties, en leur inoculant la gale, en leur administrant le tartre stibié *intus et extra*, en les cautérisant au fer rouge, en les inondant de douches froides.

C'est vers la fin du XVIIIe siècle qu'on émet l'idée de construire des établissements pour aliénés (*Intelligenzblatt* en 1799); mais, malgré les résultats de Pinel, de Reil, on ne pense encore qu'à un simple *asile de détention*. Le rédacteur de cette feuille écrit : « Que ne puis-je communiquer à tous le sentiment de crainte qui m'étreint chaque fois que je regarde cet animal à forme humaine. L'aliéné a conservé la même enveloppe que nous, celle dont nous a revêtus le Créateur, mais cette enveloppe est défigurée... Ce qui nous procure le spectacle le plus terrifiant, le plus nauséabond, le plus éhonté. Réfléchissons à ce que serait notre sort s'il nous fallait errer aussi avilis, aussi méprisés, sans savoir que faire, en spectacle à la multitude. » P. KERAVAL.

II. **L'idéal hospitalier en matière de traitement des aliénés : exposé de certaines méthodes en usage à l'asile du district de Stirling, Larbert**; par George M. ROBERTSON. (*The Journal of Mental Science*. Avril 1902.)

Avant d'exposer les méthodes dont il s'agit, l'auteur croit devoir poser les principes généraux qui servent de base à ces méthodes, afin de préciser ses motifs et son but. Le *principe dominant* est de faire de l'asile une institution médicale, fonctionnant d'après les mêmes principes médicaux et poursuivant le même idéal de traitement que les grands hôpitaux généraux, lesquels sont reconnus comme les plus parfaits exemples de ce que peut l'humanité sociale combinée avec la science médicale. Pour obéir à ce principe dominant, il faut, dans les asiles, non seulement faire beaucoup de choses, mais surtout en défaire beaucoup, car, malheureusement, ces asiles ont un « passé. » Sans doute bien des moyens violents ont disparu pour toujours, mais tout le passé n'est pas mort; il y a des traditions qui se perpétuent.

Hier encore, l'asile ressemblait par sa construction, par son administration, à une prison, et il ne s'est pas complètement libéré de cette forme matérielle et morale. On a supprimé les cellules, mais on les a remplacées par des « chambres d'isolement » qui leur ressemblent fort. On y enferme certains malades dans la journée, — de moins en moins il est vrai, — et pendant la nuit, — de moins en moins aussi : ce sont des reliquats de l'ancienne prison. Si l'on veut se rapprocher de l'idéal hospitalier, il faut réduire l'incarcération obligatoire au degré où l'on a réduit l'emploi

de la camisole de force, c'est-à-dire pratiquement l'abolir. Si le fou est un malade, il ne faut pas l'enfermer, pas plus la nuit que le jour, mais il faut le surveiller, la nuit comme le jour : ce qui revient à dire qu'il faut augmenter le personnel de surveillance des asiles et surtout le personnel de nuit. La réforme qui supprimera l'abus des chambres d'isolement est une réforme de premier ordre qui prendra rang à côté de celles de Pinel, de Tuke et de Conolly.

Mais il y a d'autres pratiques, non moins héréditaires dans les asiles, et plus difficiles à supprimer. Il s'en faut que la violence soit habituellement employée à l'égard des aliénés, mais il arrive parfois que des actes de brutalité sont commis, et si rares qu'ils soient, ils sont encore trop fréquents; mais même en laissant de côté ces faits exceptionnels, il est certain qu'on emploie à l'égard des malades des asiles beaucoup de force et de brusquerie inutiles, sans aller jusqu'à la violence. Il ne faut pas trop en vouloir aux serviteurs d'asiles, ils ne savent pas comment on doit traiter les fous, et d'ailleurs le plus souvent ils sortent d'un milieu où les échanges de coups sont fréquents et servent communément d'arguments. Cette disposition à la violence, si inquiétante pour ceux qui dirigent l'asile, est sensiblement plus fréquente dans le personnel masculin ; mais ce que l'on rencontre trop souvent dans le personnel des deux sexes, c'est la rudesse du langage et de la conduite : on mène les malades et on leur commande, au lieu de les persuader et de les amener où l'on veut. L'auteur est convaincu que ces procédés sont essentiellement propres à créer et à cultiver chez les malades l'excitation et la violence, et il en trouve la preuve dans ce fait que ce qui a pu être ainsi artificiellement créé, a pu, par un procédé inverse, être supprimé. Tout le monde sait qu'il y a dans l'épilepsie une période où le malade est particulièrement irritable : mais dans d'autres formes d'aliénation mentale, il existe, sans que peut-être ils soient aussi nets, des moments d'élection pour l'irritabilité, et ces moments peuvent, par des agissements maladroits, être prolongés et aggravés, au grand détriment des malades et du personnel lui-même, dont le service est rendu bien plus pénible. Le but pratique à atteindre, c'est d'obtenir du personnel de la sympathie, de la douceur et de la patience à l'égard des malades qui doivent être traités avec encore bien plus de bonté que s'ils étaient sains d'esprit, absolument comme il arrive pour l'ouvrier qui entre à l'hôpital, et qui y est l'objet d'attentions que l'on n'aurait assurément pas pour lui s'il était bien portant. Pratiquement, le meilleur moyen de remplir ces indications dans les salles d'hommes est d'employer des infirmières au lieu d'infirmiers ; l'extension qu'on a pu donner à leur emploi, et les services qu'elles ont rendu ont dépassé toutes les prévisions. Dans les salles de femmes, la création de plusieurs

postes de matrones assistantes, pour surveiller les infirmières, et faire leur service *dans les salles et au milieu des malades* paraît pouvoir remédier à toute difficulté. Il conviendra de les payer et de les traiter convenablement, et de leur donner beaucoup d'autorité ; elles seront faciles à recruter dans la grande armée des infirmières hospitalières ayant suivi des cours théoriques et pratiques réguliers.

Un autre point très important, c'est le peu de confiance que l'on peut avoir dans la surveillance du personnel, et l'ignorance des infractions commises où est laissé le médecin. Et il ne faut pas s'en étonner, car les motifs qui poussent un surveillant ou une surveillante à ne pas révéler les méfaits de leurs subordonnés sont bien naturels : ils se résument dans la réponse que faisait l'un d'eux à l'auteur au moment où il passait dans un autre asile : « On m'aurait fait une vie de chien si j'avais parlé, » et l'aveu tardif de ce surveillant n'a rien d'exceptionnel. Ici le remède est difficile à trouver ; peut-être ne peut-on le chercher que dans le perfectionnement moral du personnel qui supprimera, non la non-révélation de l'infraction, mais l'infraction elle-même : celle-ci d'ailleurs sera rendue plus rare par la présence continuelle dans les salles d'une personne responsable, comme la matrone assistante dont il a été question plus haut.

S'il fallait montrer par un argument de plus combien la surveillance de nuit des aliénés est défectueuse, et combien les asiles sont, à cet égard, en retard sur les hôpitaux généraux, on trouverait cette preuve dans ce fait que, dans presque tous les asiles, les hommes malades ou infirmes sont soignés par un personnel masculin. Il n'y a absolument aucune raison de ne pas employer des femmes dans les salles d'hommes malades et infirmes, sous la direction d'infirmières hospitalières instruites. Ce dernier point — la présence et la direction d'une infirmière d'hôpital instruite et diplômée — est absolument capital : en fait, en ne mettant pas à la tête de l'infirmerie d'un asile une infirmière diplômée, on ferait preuve d'un esprit aussi rétrograde qu'en donnant la direction de l'asile lui-même à une personne étrangère à la médecine.

Enfin, l'auteur aborde la question du personnel. Les qualités nécessaires pour faire une bonne infirmière d'asile sont multiples : il faut qu'elle soit saine de corps et d'esprit, intelligente, active, sympathique et consciencieuse, capable de se contrôler elle-même avec fermeté, et de contrôler les autres avec bonté, docile aux ordres reçus et pourtant capable d'initiative dans les cas imprévus : telles sont les qualités que l'on exige d'elle, et que l'on rencontre assez souvent ; celles qui les réunissent sont à coup sûr des sujets d'élite, et pourtant elles sont moins appréciées du public que les infirmières d'hôpital, moins surtout qu'elles ne le méritent. Un des bons moyens de relever leur situation, en effaçant

cette inégalité, c'est de les faire travailler côte à côte avec des infirmières d'hôpital : cela pousse quelques infirmières d'asile à rechercher le diplôme hospitalier, et le résultat est excellent ; car on ne fait pas une bonne infirmière d'asile sans être une bonne infirmière d'hôpital, et les deux diplômes ne sont pas de trop ; car les cours et les examens destinés aux infirmières d'asiles ont déjà rendu d'incalculables services.

Ces préliminaires posés, l'auteur aborde maintenant l'étude des méthodes et des réformes introduites dans l'asile qu'il dirige.

Service de nuit : augmentation du personnel et surveillant de nuit; surveillance continue des dortoirs ; abolition du système solitaire (chambres d'isolement). Le but évident à atteindre c'est que la surveillance ne faiblisse jamais et qu'elle soit la nuit aussi réelle que le jour. Mais, bien que le malade qui a besoin d'être surveillé le jour en ait tout aussi grand besoin la nuit, comme la plupart des malades dorment la nuit, le personnel de nuit n'a pas besoin, à beaucoup près, d'être aussi nombreux que le personnel de jour. A l'asile de Stirling, qui contient 690 malades et comporte 250 entrées par an, le service de nuit comporte 20 personnes, soit le tiers environ du personnel de jour et un agent de surveillance pour 35 malades. Avec ce personnel, la surveillance est absolument de même ordre et tout aussi efficace la nuit que le jour. L'expérience des hôpitaux qui nous montre que la surveillance est d'autant plus facile et plus économique qu'un plus grand nombre de malades est réuni dans un local commun est naturellement applicable aux asiles. Les malades sont classés d'après les symptômes qu'ils présentent et catégorisés dans les divers dortoirs selon le degré de surveillance nécessité par leur état. On objectera qu'il suffit d'un malade bruyant pour troubler le repos de toute une salle : l'auteur répond à cela que la véritable raison de l'internement solitaire pendant la nuit doit être cherchée dans l'insuffisance du personnel et non dans les allures bruyantes de certains malades, et que d'ailleurs le Dr Elkins a démontré que c'est précisément cet isolement de la nuit qui exagère le caractère bruyant de ces malades, tandis que bien maniés par un personnel adroit et suffisant ils rentreraient dans le calme et retrouveraient le sommeil. L'expérience acquise à cet égard par le Dr Elkins est d'ailleurs confirmée par les constatations du Dr Middlemass, du Dr John Macpherson, du Dr Keay, du Dr Marr et de l'auteur lui-même.

Le dortoir des entrants échappe naturellement à toute prévision, aussi bien qu'à toute classification, et peut devenir bruyant à certains moments : l'auteur ouvre alors un dortoir d'entrants supplémentaire confié à deux infirmières, qui suffisent d'autant mieux qu'il ne s'agit guère que de surveiller trois ou quatre malades ; de même il lui est arrivé, accidentellement, de placer un malade par trop bruyant dans une chambre spéciale, sous la surveillance d'une

infirmière spéciale. Moyennant ces précautions, le dortoir des entrants est habituellement calme. Le Dr Clouston a constaté lui-même que, sous l'influence de ce système, des malades qui, sous l'ancien système, avaient été durant des années bruyants et insupportables étaient devenus parfaitement calmes. Mais alors même que ce système comporterait plus de bruit et plus d'agitation, — ce qui n'est pas le cas, — même si les malades dormaient moins facilement, il faudrait encore l'adopter pour en finir avec le système des chambres d'isolement. M. Robertson ne voudrait pas exprimer trop vivement sa pensée, pour ne pas contrister ceux de ses confrères qui ont encore recours à cette méthode ; il ne peut cependant s'empêcher de dire qu'il a peut-être encore plus d'aversion pour l'incarcération dans des chambres d'isolement que pour la camisole de force et les autres moyens de contrainte mécanique, peut-être parce qu'il n'a pas vu à l'œuvre ces derniers moyens de coercition, tandis qu'il a pu voir au contraire les effets de l'isolement pendant la nuit de malades qui ont bien plus besoin d'être surveillés par une infirmière attentive que d'être enfermés par un tour de clef. Les effets de cet internement nocturne sont nuisibles et dégradants pour le malade ; ils sont en outre démoralisants pour le personnel. Il serait puéril de dire que l'on n'aura *jamais* recours à l'un ou l'autre de ces moyens coercitifs, mais ils ne doivent être employés par le médecin qu'avec une grande hésitation et seulement lorsqu'il s'y voit contraint et forcé. Il y a deux ans, à Glasgow, l'auteur disait que si un seizième de l'asile était consacré à des chambres séparées, cela suffirait amplement, et que, avec un personnel de nuit suffisant, il ne faudrait pas plus de un trente deuxième. Cette assertion a paru chimérique ; les faits démontrent aujourd'hui qu'elle était exacte. C'est ainsi que du temps de Conolly on déclarait chimérique l'abolition de la contrainte mécanique. Il y a une objection qui est parfois soulevée lorsque les méthodes en vigueur dans un asile réussissent moins bien dans une autre, c'est que les malades de certains districts sont plus accessibles que d'autres au principe d'autorité. Il est possible que cette objection ait parfois une certaine valeur, mais elle n'est pas valable en tout cas pour l'asile que l'auteur dirige, et dont les malades sont fournis par les régions les plus vicieuses, les plus alcooliques et les plus criminelles de toute l'Ecosse. Et à ce propos l'auteur ne veut pas négliger de s'occuper du traitement de jour, par l'alitement, des cas aigus et agités, selon la méthode préconisée par Magnan, Whitcombe, Sir J. Batty Tuke et d'autres auteurs. Cette méthode est, dans l'ensemble, bien supérieure aux méthodes anciennes ; elle donne plus de sécurité, en même temps qu'elle est plus conforme aux méthodes hospitalières générales et aux sentiments professionnels. Il est remarquable de voir avec quelle promptitude les malades aigus renoncent à toute tentative

violente pour se lever, et quelles facilités ce traitement offre à la surveillance de nuit. M. Robertson renvoie ceux qui pensent que ce procédé présente des difficultés insurmontables aux résultats obtenus par le Dr Magnan, qui porteront la conviction dans tous les esprits ouverts à l'évidence. A l'asile de Sainte-Anne, qui est le centre de répartition des malades des divers asiles de Paris, le Dr Magnan reçoit chaque année plus de 3 000 cas récents. Tous les cas aigus sont traités par le séjour au lit dans des dortoirs, sans qu'on ait jamais besoin d'aucun recours, ni le jour ni la nuit, à l'internement dans des chambres d'isolement pour cause d'agitation aiguë. Il n'y a qu'une objection à ce système, c'est qu'il nécessiterait l'usage plus général des médicaments sédatifs, mais les faits ne viennent pas à l'appui de cette objection. Il est difficile d'établir une moyenne pour l'emploi de ces agents. Mais le Dr Elkins donne la statistique de sa pratique, — avec surveillance des dortoirs, — et sa moyenne est certainement très faible. L'auteur croit que la sienne donne également des chiffres inférieurs à la moyenne, et pourtant il a une grande confiance dans la valeur thérapeutique de cette médication. En tout cas, une fois le système en vigueur, l'objection peut être considérée comme négligeable, les preuves se manifestant plutôt en sens inverse. Quant aux détails du système, l'auteur explique que chaque dortoir de l'asile, sauf trois de chaque côté, contenant ensemble 34 malades, est sous la surveillance d'une infirmière ou d'un serviteur, et que sept dortoirs ont chacun deux infirmières ou serviteurs. Les dortoirs sans infirmières ont leurs portes ouvertes. La moitié des malades est en observation continue, les trois quarts en observation presque continue, le personnel ne perdant pas son temps à visiter un trop grand nombre de chambres séparées. L'asile comprend quatre dortoirs doubles, avec des portes battantes, contenant chacun 80 lits, qui sont occupés par des malades calmes et travailleurs, et dont les dimensions considérables, — peut-être trop considérables — rendent la surveillance de nuit extrêmement facile. Pour assurer le bon fonctionnement du système, il y a, nécessité d'augmenter le cube d'air individuel des malades, le chiffre a été réduit à 1.780.

L'auteur fait remarquer en passant que c'est assurément une faute d'avoir des dortoirs et des salles d'infirmerie trop vastes ; la surveillance et les soins y sont rendus plus difficiles ; mais c'est une faute aussi (il s'agit bien entendu des asiles publics) d'avoir des dortoirs et des salles d'infirmerie trop petits et des chambres isolées trop nombreuses ; la surveillance et les soins nécessaires ne peuvent alors être obtenus qu'à grand prix d'argent, au moyen d'un personnel très nombreux.

Quant au nombre de malades que peut surveiller pendant la nuit un seul serviteur, il ne paraît pas devoir dépasser 25 dans une

salle d'aigus, de malades ou de sujets affaiblis, mais peut aller jusqu'à quarante dans une salle contenant des malades qu'il faut lever à cause de leurs babitudes malpropres, ou surveiller à cause de leurs crises.

L'asile ne contient que trente chambres séparées, dont quelques-unes sont capitonnées; elles s'ouvrent toutes sur les salles, et leurs portes restent ouvertes la nuit pour faciliter la surveillance. Leur usage est généralement considéré comme une faveur accordée à des malades tranquilles et dont beaucoup rendent de menus services dans les salles. Il y a quelques années, les chambres étaient, comme dans la plupart des asiles, occupées pendant la nuit par des malades agités, bruyants et destructeurs. Mais, dans ces conditions d'isolement, il était impossible de rechercher les causes d'agitation et d'insomnie : celles-ci, en même temps que d'autres mauvaises habitudes, ne faisaient que s'aggraver : aucun effort ne pouvait être tenté pour rendre les malades plus propres, pour les empêcher de déchirer leurs vêtements et leur literie, et quand on entrait le matin dans les chambres, on y trouvait du linge mis en pièces et une odeur infecte. Il faut ajouter que souvent, le malade ainsi enfermé passait toute la nuit à crier et à donner des coups dans la porte, tenant ainsi tout un dortoir éveillé.

De même que la réclusion dans le jour, la réclusion pendant la nuit peut quelquefois être nécessaire; mais c'est un procédé auquel il ne faut avoir recours — comme aux moyens mécaniques de contention — qu'avec une extrême réserve, et jamais sans l'ordre du médecin. Chez les malades à tendances homicides, chez quelques autres peut-être, on peut légitimement y avoir recours, mais non sans avoir pris les mesures nécessaires pour assurer au malade le bien-être, les soins, et la surveillance. Mieux on sait soigner les aliénés, moins on a besoin de les enfermer la nuit. A Leavesden, durant les trois dernières années, il n'a pas été nécessaire d'isoler la nuit un seul malade dans le quartier des hommes; et depuis deux ans il n'y a eu qu'un seul isolement dans le quartier des femmes; il s'agissait d'une malade avec idées d'homicide. L'expérience a montré toutefois que s'il n'y a que peu ou pas de difficulté à soigner les entrants dans un dortoir commun, il n'en va pas de même à l'égard de malades qui ont été habitués à être internés la nuit; il faut beaucoup plus de temps pour les corriger de leurs habitudes bruyantes et malpropres; encore y retombent-ils facilement. Dans les hôpitaux généraux il y a le plus souvent des chambres latérales, destinées aux cas spéciaux, méningite, apoplexie, etc,. Rien ne s'oppose à l'existence dans un asile de dispositions analogues. — Les portes de ces chambres, habituellement ouvertes, pourraient être fermés dans ces cas spéciaux, (malades à idées de suicide, moribonds, etc.),

mais alors un serviteur spécial serait placé auprès du malade et n'aurait à s'occuper que de lui.

Le personnel de nuit de l'asile de Leavesden se compose de 35 personnes : du côté des femmes une surveillante en chef de nuit; — une surveillante adjointe, responsable, faisant ordinairement le service d'infirmière de nuit, mais remplaçant en cas de maladie ou de congé la surveillante en chef et 17 infirmières ordinaires. — Du côté des hommes un surveillant en chef et un surveillant adjoint et 14 infirmiers ordinaires. — Il y a, étant donné le chiffre du personnel et le nombre des salles, un infirmier et deux infirmières de réserve. En cas d'extrême urgence on détache au service de nuit des infirmiers du service de jour. Déduction faite des surveillants, le personnel de nuit est à l'égard des malades dans le rapport de 1 à 54 ce qui n'a rien d'excessif.

Les registres tenus par le personnel de nuit sont identiques dans les quartiers d'hommes et de femmes, sauf la couleur du papier, pour éviter toute confusion. Ils indiquent : la date, le numéro de la salle, le nombre des malades, les noms de ceux qui se mouillent et sont malpropres, la liste des pièces de lingerie souillées, les noms des malades qui ont des attaques et le nombre de ces attaques, les noms de ceux qui sont agités et bruyants, de ceux qui sont malades et nécessitent des soins spéciaux, de ceux qui couchent dans des chambres isolées, de ceux qui prennent des stimulants (avec indication de la dose), la température de la salle, les plaintes au sujet de cette température, la température du malade s'il y a lieu, enfin tous les faits qui peuvent ou doivent être l'objet d'une mention spéciale, (morts, accidents, cas spéciaux, matelas mouillés, visites du personnel médical, etc,). Chaque matin le surveillant en chef de la nuit examine et paraphe les registres de nuit. Pour assurer la continuité du traitement, le rapport de nuit est lu chaque matin par le personnel de jour, et quand le soir, celui-ci remet le service au personnel de nuit, il lui remet en même temps que les médicaments et les extras nécessaires pour la nuit, un registre dont il a rempli les quatre colonnes; ces colonnes comprennent la première le nom des malades qui ont besoin de médicaments et d'extras; la seconde le nom des entrants; la troisième le nom des malades qui ont besoin d'une attention spéciale, la quatrième les observations. Le registre du surveillant en chef de nuit est très simple : sur une page, ordinairement presque blanche, il note ses observations spéciales; sur l'autre il inscrit les heures où il a commencé ses rondes de nuit (il en fait ordinairement cinq chaque nuit dans les salles de l'infirmerie et quatre dans les salles ordinaires) sans suivre un ordre régulier, et chacune de ces rondes est notée sur le registre de l'infirmerie de nuit; la température des salles, le nombre des malades malpropres dans chaque salle, le nombre des malades ayant eu des attaques, les

visites du personnel dans les salles, les malades qui prennent des médicaments et des stimulants. Il doit aussi répondre par écrit à ces deux questions : Le personnel de nuit s'est-il bien acquitté de son service et y a-t-il eu des omissions dans les mesures à prendre à l'égard des malades difficiles, et pourquoi? La description de ces registres est longue à écrire; mais on conçoit que dans la pratique, leur tenue est fort simple.

Si l'on excepte la surveillance générale, mais réelle du médecin directeur et du personnel médical, de la matrone et de quelques autres fonctionnaires de l'asile, on voit que la perfection des soins et de la surveillance repose tout entière sur la personne qui a la surveillance générale; il faut donc que cette personne soit absolument digne de confiance, que l'on puisse s'en rapporter à elle pour signaler tout ce qui se passe sans crainte et sans partialité, et que l'on puisse compter sur elle pour agir avec sagesse dans les cas imprévus : il s'ensuit qu'il faut la rémunérer libéralement. la loger convenablement et lui donner une position sûre. Le Dr Robertson et le Dr Keay voudraient que cette personne fût une infirmière d'hôpital diplômée : l'auteur ne partage pas absolument cette opinion; en 1899 il y a eu à l'asile de Leavesden une épidémie de fièvre typhoïde, d'entérite et de pneumonie; on a fait venir 18 infirmières d'hôpital et l'on a pu voir nettement les inconvénients qui résultaient de leur manque d'habitude en matière de soins à donner aux aliénés : elles étaient moins habiles à prévenir les eschares que les infirmières de l'asile : elles avaient une tendance à recourir trop facilement à la contention mécanique et à l'isolement; si le malade déraisonnait, elles prennaient peur, et si comme il arrive souvent, son langage s'écartait considérablement des règles de la décence, elles se sauvaient.

Les efforts du surveillant en chef de nuit doivent être secondés par un personnel sachant observer les malades et habile à les manier : il est nécessaire pour cela de lui accorder une situation et un salaire supérieurs à ceux du personnel de jour ou des simples infirmiers ou infirmières. Il n'y a aucun inconvénient, du moins pour le personnel de nuit, à permettre l'habitation hors de l'asile, avec une allocation représentant le loyer, la nourriture et le blanchissage.

L'auteur aborde ensuite un point épineux, l'emploi des femmes pour soigner les aliénés malades et infirmes : sur ce point tout a été dit, et tous les arguments pour et contre ont été fournis : il n'y a pas lieu de les répéter, mais seulement de prédire que, avant longtemps, dans tous les asiles, les aliénés malades seront soignés par des femmes. A Leavesden, ce principe a été partiellement adopté puisque les six salles de l'infirmerie des hommes sont placées pendant le jour sous la direction d'une surveillante ayant son diplôme de l'Association Médico-Psychologique. Pour diverses

raisons on n'a pu pousser plus avant l'application de la méthode, dont ces raisons toutes particulières ne sauraient diminuer l'excellence reconnue. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il y a certains malades qui ne sauraient être soignés par des femmes, mais tous ceux qui ont loyalement tenté l'expérience savent combien ces cas là sont exceptionnels. L'auteur est d'avis que le service de l'infirmerie ne doit pas être confié conjointement à des hommes et à des femmes.

Il entre ensuite dans quelques considérations sur l'emploi des horloges-témoins, destinées à constater et à révéler le passage des rondes de nuit. Toutes, même les plus parfaites, sont inutiles et permettront toujours de tricher à qui voudra s'en donner la peine, car, dit M. Elkins, « l'esprit humain est plus subtil que « n'importe quel instrument. » Il a laissé ces horloges où il les a trouvées, mais n'en a point ajouté de nouvelles : peu importe en effet qu'un surveillant soit dans telle salle, à telle heure; ce qui importe, et ce que l'horloge ne dit pas, c'est ce qu'il y faisait d'utile.

L'auteur ne se propose pas ici de toucher au traitement des cas bruyants on agités ni aux soins qu'ils nécessitent pendant la nuit : chacun de ces cas d'ailleurs demande à être observé et manié suivant les indications qui résultent de cette observation. Il faut ajouter qu'ils doivent être étudiés non seulement au point de vue mental mais au point de vue somatique, beaucoup de troubles organiques jouant un rôle considérable dans la genèse de l'agitation, de l'insomnie, etc. Souvent on s'apercevra qu'un malade est facilement agité la nuit parce que, avant son entrée, il exerçait un métier de nuit et avait l'habitude de dormir le jour, Le régime aura aussi une grande importance : tout le monde connait ces malades atteints de boulimie sénile, qui dorment après leur repas, et tiennent la nuit tout un dortoir éveillé. Les infirmières de nuit doivent connaître tous les artifices capables de provoquer le sommeil, car en obtenant le sommeil on évite bien des symptômes aigus. Les jours de pluie, il y a des malades qui dorment moins bien. faute d'air et d'exercice. Les tuberculeux surtout ont besoin de vivre en plein air, et il est indispensable de leur procurer des abris.

Voyons maintenant les avantages obtenus à Leavesden par cette extension de la surveillance de nuit : d'abord les risques d'incendie, d'attaques imprévues, d'apoplexies et autres maladies soudaines, de suicide chez des malades non soupçonnés de cette tendance, et même d'homicide sont réduits à leur minimum. Si l'on compare l'état actuel à l'état ancien, le calme des salles et des dortoirs est surprenant. Naturellement, il y a quelquefois des malades bruyants, il n'en saurait être autrement, puisque, après tout, c'est un asile d'aliénés : mais dans le plus tranquille des villages ne trouve-t-on pas parfois un ivrogne attardé qui réveille les habitants? Un autre résultat très avantageux c est que les malades

malpropres ont considérablement réformé leurs habitudes, au point que beaucoup d'entre eux sont devenus presque propres. Toutes les fois qu'un matelas est mouillé, une enquête est faite pour déterminer la cause, et savoir si c'est la surveillance qui a été en défaut.

Dans les deux asiles de Sunderland et de Leavesend, depuis l'adoption du nouveau système, non seulement les malades ont des nuits meilleures, mais sous l'influence d'un sommeil réparateur leurs journées deviennent meilleures, et leur état mental et physique va s'améliorant. Les narcotiques sont très rarement employés.

On objectera peut-être que ce qui a été réalisable avec les malades de Leavesden ne l'est pas avec les malades d'autres asiles : l'auteur ne saurait accepter l'objection, car les opinions qu'il avance sont le résultat d'une expérience de quatorze années passées au milieu d'aliénés de catégories très diverses et dans des régions très différentes.

Discussion : M. Midllemass, collaborateur de l'auteur dans son premier travail, confirme sur tous les points les opinions émises dans celui-ci.

M. George Robertson, absent, fait donner lecture d'un travail qui ne fait que résumer son travail analysé par nous ici-même.

M. Rhodes, approuve l'emploi des femmes dans les salles d'hommes de l'infirmerie des asiles : il voudrait aussi que l'on adoptât un système d'enseignement professionnel spécial pour les infirmiers et infirmières d'asile.

Les autres orateurs n'apportent aucune objection ni aucune critique nouvelles. R. de Musgrave Clay.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 avril 1903. — Présidence de M. P. Richer.

Hystérie monosymptomatique.

MM. Hauser et Bauvy présentent une jeune fille qui a été prise il y a quelques jours de paraplégie sans prodromes. Spasmodique d'abord, la paraplégie est devenue flasque très vite, il y a eu au début un peu d'anesthésie qui ne persiste aujourd'hui que sous la forme d'une plaque au membre inférieur droit. Il n'y a jamais eu aucune douleur; les réflexes sont exagérés, il y a un clonus du pied très net et le phénomène des orteils est accentué. La cause

de cet état échappe complètement aux auteurs qui par élimination en font un cas d'hystérie monosymptomatique en l'absence de tout autre signe d'hystérie. Ils demandent à ce sujet l'opinion de la Société.

MM. Babinski, Raymond, Ballet et Marie n'admettent pas ce diagnostic, pour eux la malade est nettement atteinte d'une affection organique.

Chimisme du liquide céphalo-rachidien.

MM. Sicard, Guillain et Raveau ont recherché l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale et le tabes. La présence de l'albumine est constante dans ces deux maladies. L'ébullition ne donne à l'état normal qu'un louche léger, dans le tabes et la paralysie générale, on obtient au contraire un nuage très opaque des plus nets. Ce signe peut suppléer la cytoscopie pour le praticien qui n'est pas outillé pour la pratiquer. Sa différenciation de la globuline et de la serine, n'a pas encore donné d'indication spéciale.

Sur la présence d'albumines coagulables par la chaleur dans le liquide céphalo-rachdiien des paralytiques généraux et des méningites chroniques.

MM. Guillain et V. Parant. — Quand on chauffe, dans un tube à expériences, 2 à 3 centimètres cubes d'un liquide céphalo-rachidien normal, on observe une légère opalescence. Cette opalescence est due à la présence physiologique d'une petite quantité de globuline. Celle-ci, peut en effet être précipitée à froid par le sulfate de magnésie et le liquide, chauffé après infiltration, reste absolument clair. Quand on chauffe le liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de paralysie générale, de méningite chronique, on observe un trouble extrêmement prononcé. Après avoir précipité à froid la globuline par le sulfate de magnésie on observe encore un trouble après chauffage. Donc dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades il existe de la sérine. Nous avons observé, dans le service du Dr Joffroy cette réaction dans 16 cas de paralysie générale. Au contraire, dans 20 autres cas où il s'agissait de malades atteints de psychoses diverses, démence précoce, mélancolie, manie aiguë, etc; la réaction en question faisait défaut. La recherche de la sérine dans le liquide céphalo-rachidien est très facile à faire. Cette réaction est souvent en parallèle avec la lymphocitose, elle semble même être plus précoce que celle-ci; elle mérite donc, croyons-nous, de prendre place à côté de l'examen des lymphocytes dans la séméiologie du liquide céphalo-rachidien. La présence de l'albumine est indépendante de la présence des leucocytes, car elle se trouve après centrifugation. Dans le cas de méningite, d'irritation méningée, il existe vraisemblablement des

troubles de la circulation lymphatique qui expliquent le passage de l'albumine du sérum sanguin et lymphatique dans le liquide céphalo-rachidien.

Sur une variété particulière de syndrome alterne.

MM. Pierre MARIE ET O. CROUZON présentent un homme atteint d'hémiplégie gauche, de paralysie de l'oculomoteur commun droit, de paralysie faciale droite, de paralysie du trijumeau droit. Ce syndrome ne répond ni au syndrome de Weber, ni au syndrome de Millard-Gubler, il semble être une association de ces deux syndromes et est en rapport avec des lésions pédonculaire et bulbo-protuberantielle coexistants.

Sclérème cutané dans la myopathie.

M. BALLET présente un malade atteint de myopathie généralisée et attire l'attention sur la dureté spéciale des mollets du malade, dureté à laquelle participe la peau et avec laquelle elle fait corps. On ne sent pas une dureté profonde avec une peau mobile par dessus, mais une masse homogène dure de la surface au fond sans distinction de couche.

M. Pierre MARIE présente un homme de soixante ans atteint vraisemblablement de *chorée chronique*.

L'affection a débuté chez ce malade à l'âge de sept ans; il n'existait dans sa famille aucune hérédité similaire.

Ce début précoce de cette affection est exceptionnel.

Paralysie radiculaire du type Klumpke d'origine traumatique empiétant sur les deuxième et troisième dorsales.

MM. Armand DELILLE ET Max EGGER présentent un malade atteint de paralysie radiculaire du type klumpke qui s'écarte du type classique par certains caractères particuliers.

Il s'agit d'une paralysie d'origine traumatiqne presque exclusivement sensitive, le mouvement et la force musculaire étant très peu touchés, par contre il y a anesthésie absolue dans le domaine de la huitième racine servicale et de la première dorsale. Les caractères particuliers à ce cas consistent dans l'anesthésie des territoires thoraciques et axillaires des deuxième et troisième dorsales. Les rami-communicantes de ces racines sont également touchés, comme le montrent les troubles vaso-moteurs de la face et de l'oreille qui se surajoutent aux troubles oculo-pupillaires qui dépendent du ramus commnnicant de la première dorsale.

Amnésie antérograde continue de fixation et de conservation Topoagnosie, sans troubles visuels.

M. Ernest DUPRÉ. — Malade de 53 ans, ancien grand buveur et fumeur, sans autre lésion saisissable que de la tuberculose loca-

lisée au sommet droit, entré dans le service pour des troubles cérébraux qui ont brusquement débuté, sans ictus, il y a trois ans, à l'occasion d'un grand chagrin.

Ces troubles consistent dans une impossibilité absolue de fixer les images sensorielles, de les retenir, par suite de les utiliser en les associant, dans les opérations psychiques, aux images mnémoniques du passé, qui sont conservées. Toutes les images sont perçues, comprises et jugées : aucune ne persiste.

Le déficit est purement mnésique, nullement intellectuel : le malade raisonne correctement sur tout et a gardé intacte la mémoire de tout son passé jusqu'à il y a trois ans.

Incapacité d'orientation topographique absolue. Habitant chez sa fille depuis six mois, le malade est incapable de se diriger dans les trois pièces de l'appartement : il s'y perd, ne peut retrouver son lit, etc.

Le seul autre trouble psychique constaté est l'apparition, à l'occasion de l'examen ; de la conversation, de manifestations extérieures (tremblement, accélération des mouvements cardio-respiratoires, troubles vaso-moteurs) d'une émotion que ne ressent pas d'ailleurs le malade, il s'agit là d'un trouble psychoréflexe de la mimique émotive et non de l'émotivité elle-même : le malade s'étonne lui-même de ces troubles, auxquels il assiste sans les expliquer.

Comme troubles somatiques : caractère incertain, vaguement ébrieux de la marche. Légère exagération des réflexes tendineux. Céphalée diffuse continue. A la ponction lombaire, lymphocytose discrète (6 à 7 éléments par champ.) Aucun trouble visuel ni pupillaire : légère neuropapillite à l'ophtalmoscope. Pas de stigmate hystérique.

L'intérêt majeur de ce cas gît dans la difficulté de l'interprétation du syndrome. Celui-ci se résume dans une amnésie continue de fixation et de conservation dont la topoagnosie n'est qu'un corollaire. Ce syndrome a déjà été constaté (Hugo Magnus, Forster, Dide) chez les occipitaux organiques, atteints d'hémianopsie temporale double. Mais notre malade ne présente pas de cécité, ni corticale, ni verbale, ni psychique. L'amnésie s'étend d'ailleurs à toutes les images sensorielles.

L'analyse étiologique et clinique, le cyto-diagnostic céphalorachidien autorisent à supposer l'existence de méningite chronique. C'est la seule donnée positive que l'on puisse invoquer, comme substratum d'un syndrome psychopathologique si curieux et si spécial.

Examen histologique des nerfs dans un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial.

MM. Max Egger et P. Armand Delille ont eu l'occasion d'exa-

miner histologiquement les nerfs dans un cas de paralysie radiculaire totale du plexus brachial d'origine traumatique remontant à quatre ans.

L'état du membre, excessivement atrophié, dont l'impotence et l'anesthésie étaient complètes et accompagnées de troubles circulatoires faisait présumer qu'il y avait une destruction complète des fibres nerveuses du membre atteint, aussi les auteurs ont-ils été surpris de trouver dans chacun des principaux nerfs examinés par différentes méthodes un nombre considérable de cylindres-axes revêtus de leurs gaines de myéline mais toutes les fibres sont grêles.

On peut se demander s'il ne s'agit pas de fibres de régénération car tandis que pendant les deux premières années la sensibilité ne pouvait être rappelée par aucun procédé, dans les années qui suivirent, l'anesthésie cédait à la sommation.

Ataxie d'origine centrale et d'origine périphérique.

MM. Déjerine et M. Egger. — Deux cas de lésion de la couche optique, dont un confirmé par l'autopsie. Hémianesthésie gauche avec le caractère de la diminution centripète pour les sensibilités superficielles. Dans les deux cas, perte complète de la perception des attitudes et des mouvements passifs dans l'extrémité supérieure gauche. Dans l'un des cas, empiétement de l'hémianesthésie pour l'extrémité inférieure droite. Tous les mouvements sont conservés dans les membres anesthésiés. Il y a seulement diminution considérable de la force musculaire des membres du côté gauche et de la jambe du côté droit. Dans ce même cas il y a une algie cérébrale persistante continuelle, résistant à toute médication analgésiante. Encore ici, douleurs vésicales, mictions impérieuses fréquentes, sécheresse de la bouche, rendant la déglutition difficile. Perversion du goût. La plupart des aliment paraissent amers.

Malgré cette perte complète du sens des attitudes, les deux malades réalisent avec leur extrémité anesthésique toutes les positions qui en exige et cela avec une perfection remarquable. Elles exécutent dans un ordre parfait une série de mouvements successifs, elles savent faire des mouvements isolés, elles savent ralentir et accélérer le mouvement. Dans les deux cas, il existe un tremblement abasique, bien visible, quand le mouvement s'adresse aux grands leviers. Mais l'oscillation de ces tremblements, les écarts sont incomparablement moins accusés que dans l'ataxie du tabes, à troubles sensitifs égaux. Chez l'ataxique une perte complète de la sensibilité profonde, la réalisation exacte d'une attitude est chose impossible. Il en est de même pour une série de mouvements consécutifs. L'ordre de la succession se trouve troublé. Les mouvements isolés deviennent des

mouvements d'ensemble. Il manque en outre la fixati
et cinétique du levier de rapport. En un mot la dés
d'un membre de l'ataxique tabétique contraste fortem
faible ligne d'ataxie d'origine centrale. La cause de cett
entre l'ataxie périphérique et l'ataxie centrale, doit êtr
ailleurs que dans les troubles sensitifs. Dans toute la
l'axe cérébro-spinale sont échelonnées divers autres
teurs présidant à des fonctions d'autant plus élevées qu
prochent de l'écorce: centres médullaires, centres bul
rantiels, centres opto-striés, cérébelleux et corticaux.
sensitif parcourant tous ces centres leur apporte à
apports sensitifs de la périphérie des renseignement
chaque centre répond et dans la mesure de son rôl
apport sensitif de la part de la périphérie se trouve
déjà au niveau du premier neurone du faisceau sensi
c'est le cas, par le bain, aucun des centres coordinateurs
renseigné des exigences de la part d'un mouvement en
d'exécution. L'impulsion motive part sur un membr
tonus musculaire, privé de la faculté d'une fixation stati
tique, cette impulsion arrive sur un membre dont la m
ne se contracte plus dans un ordre de succession régul
contraction elle-même n'est plus l'effet d'une décharg
dosée, appropriée. Il en résulte nécessairement une dés
et une incoordination maxima. Si par contre le faisce
se trouve détruit seulement dans son dernier neuro
neurone thalamo-cortical, l'apport sensitif peut encor
la périphérie sur les divers centres coordinateurs et
nécessairement moins accusée comme le montrent s
deux cas de lésions thalamiques. F. B

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOG

Séance du mardi 17 *février* 1903. — PRÉSIDENCE DE M.

Le rêve musical.

M. GILLET. — Le rêve musical a pour origine, tantôt u
siologique spécial qui donne naissance à des illusion
musicales dont l'imagination s'empare et qu'elle tra
phrases musicales; tantôt les préoccupations musicales
tantôt les excitations auditives qui surviennent pendant l
tantôt des suggestions spéciales. L'habitude, la mémoir
tion des idées, l'imagination ont chacune leur rôle res

la cérébration inconsciente qui produit le rêve musical. La Sonate du Diable de TARTINI résulte des préoccupations du moment et des idées qui ont obsédé l'esprit pendant la veille. En général, les rêves musicaux ne surviennent que chez des personnes exclusivement musiciennes, soit par nature, soit par éducation.

Aboulie motrice systématiséé. — Traitement par la suggestion hypnotique.

M. BERILLON. — Je fus, il y a plusieurs années, auprès d'une dame de quarante ans, qu'on disait atteinte depuis six mois d'une paralysie des jambes. Elle déclarait ne pas pouvoir se lever. Il ne s'agissait même pas d'une paraplégie hystérique, car la malade retirait vivement ses pieds lorsqu'on les lui chatouillait ou piquait. Sur mon invitation pressante, elle accomplit même divers mouvements. Malgré cela, elle se déclarait incapable de quitter son lit, sa volonté ne pouvant animer ses jambes. Il s'agissait d'une aboulie motrice systématisée chez une hystérique. Une tentative d'hypnotisation fut suivie de succès. Dans cet état, je lui fais la suggestion de se lever le lendemain à deux heures de l'après-midi pour aller lire un billet relatif à sa santé et que je venais de déposer dans un coffret sur la cheminée d'une autre chambre. La suggestion est ainsi renforcée par la mise en jeu d'une curiosité très naturelle. Je pensais que le désir de connaître ce que j'avais écrit constituerait un excitant capable de provoquer la réalisation de la suggestion. Celle-ci fut exécutée à l'heure dite. La malade se leva, traversa plusieurs pièces et alla ouvrir le coffret. La guérison fut considérée comme obtenue car elle se leva, depuis, tous les jours et reprit son existence habituelle.

Je l'avais perdue de vue lorsque, cinq ans après, je fus rappelé auprès d'elle. Cette fois, l'aboulie motrice s'était localisée aux membres supérieurs. La malade restait capable d'accomplir tous les mouvements; mais après un long retard. Elle mettait environ une minute pour saisir et porter à sa bouche une cuillère d'aliment. De plus, les mouvements ne pouvaient être exécutés que si le poids des objets était extrêmement léger. A cet effet, on lui avait confectionné toute une collection d'objets en aluminium. En outre la malade ne pouvait exercer sur les touches du piano des pressions suffisantes pour produire des sons. Sous l'influence de la suggestion hypnotique ainsi que d'une gymnastique appropriée et graduée, faite dans l'état d'hypnotisme, la guérison fut promptement obtenue.

Phychologie de l'étudiant en médecine américain.

M. DEMONCHY. — Aux Etats-Unis, l'organisation des études médicales soumet les étudiants à un véritable entrainement pour

l'obtention du diplôme, ils sont constamment tenus en
des questions posées sur les différents cours de la sem
par les professeurs que par leurs camarades qui, dans
groupent en sociétés d'étudiants.

Nulle perte de temps, les malades sont amenés à la cli
élèves sont conduits par groupes aux lits des malades, de
gations sont toujours posées.

Ainsi l'attention est soutenue, la mémoire excellemme
née, l'émulation suscitée par suite, les étudiants font pr
grande volonté et d'une non moins grande bonne volont

L'école cherche à éviter le surmenage tout en imposant
effort intellectuel. Il y a communauté d'effort et de bu
élèves et le corps enseignant.

L'école de médecine américaine forme un tout, une s
traînement mutuel pour l'obtention du diplôme de docte

La phsychologie du stomacal.

M. de Bourgade expose les troubles du caractère et l
mènes nerveux qui résultent des diverses affections de
en particulier des dyspepsies par fermentation et auto-int

Séance du mardi 24 *mars* 1903. — Présidence de M. Jule

*L'influence des anniversaires sur les récidives d'une psy
traumautique intermittente.*

M. Paul Farez. Une femme âgée de trente-trois ans,
annuellement, depuis cinq ans, à époques fixes, au comm
de mars et à la fin de juillet, des troubles nerveux et menta
anorexie, vomissements, constipation, anurie, pleurs, pho
obsession de la mort, agitation des bras et des jambes, inso
Cette femme aimait follement un homme qui est mort su
il y a cinq ans ; ce traumatisme psychique provoque, ave
de suicide, la première de ces crises ; depuis lors, les acc
nent à l'anniversaire de cette mort et à celui de leur
rencontre. Au fur et à mesure que ces crises se répèten
font plus longues et plus intenses ; elles durent, non plu
quatre jours, comme au début, mais huit, dix ou quir
elles s'annoncent par divers prodromes huit ou quinz
l'avance ; elles laissent après elles des troubles variés pe
quinzaine. La crise de mars 1902 ne s'est pas terminée ;
de juillet est venue la recrudescence coutumière ; depu
six mois, la malade souffre d'un état pathologique chron
de courtes rémissions et des exacerbations fréquentes.

Hypnotisée, cette malade se remet à dormir la nuit et à s'alimenter; ses troubles mentaux ne tardent pas à disparaître; en deux mois son poids s'est élevée de 40 à 48 kilos. Cette fois, la crise qui survenait d'ordinaire au début du mois de mars n'a pas eu lieu.

M. Bérillon. J'ai observé un certain nombre de cas de ce genre. Toutes les fois que la chose est possible, je demande au malade de venir systématiquement se soumettre à quelques séances d'hypnotisme, à l'approche de chaque anniversaire; ainsi l'on prévient très facilement les récidives.

M. Paul Magnin rapporte l'observation d'une malade qu'il traite en ce moment et qui présente une crise d'anorexie hystérique, chaque année à l'anniversaire de la mort de sa mère.

L'hypnotisme fortuit.

M. Bérillon. Dans la terminologie médicale, le mot hypnotisme sert à désiger l'état psychologique, qui résulte d'une influence exercée artificiellement ou plutôt expérimentalement par un individu sur le système nerveux d'un autre individu : cet état psychologique est constitué essentiellement par une série de modifications dans le système nerveux du sujet. Ces modifications varient selon le degré de l'hypnotisme, depuis la diminution des facultés de contrôle mental jusqu'à l'automatisme le plus absolu.

Dans le langage courant, le mot hypnotisme est pris dans une acception beaucoup plus simple, il est synonyme de monïdéisme, et l'on dit d'un individu qu'il est ou paraît hypnotisé lorsque son attention s'est absorbée dans une idée fixe sur un point unique.

En effet, les phénomènes d'hypnotisme ne sont pas toujours le résultat d'une intervention expérimentale. L'état d'hypnotisme qui consiste primitivement dans l'inhibition, c'est-à-dire dans la suspension d'activité de quelques-unes des fonctions mentales, et, en particulier de la volonté, peut survenir fortuitement. Les causes qui sont susceptibles de produire l'hypnose peuvent s'exercer sur un individu sans qu'il y ait chez autrui aucune intervention de provoquer cet état. En un mot, un homme peut s'auto-hypnotiser involontairement et spontanément. L'état d'esprit que l'on a désigné sous le nom d'expectant attention, certains états affectifs ou émotifs, la fatigue, la timidité, peuvent favoriser l'auto-hypnotisation chez des individus prédisposés ou simplement ignorants. Les états hypnoïdes spontanés sont fréquemment le résultat de chocs physiques ou d'impressions morales vives, s'exerçant sur des hystériques, des fatigués, des alcooliques ou des intoxiqués. Il faut aussi mentionner l'intimidation provoquée par des personnes douées d'une certaine autorité naturelle ou auxquelles on attribue quelque prestige. L'imitation et les influences du milieu

jouent un rôle considérable dans la production des états hypnoïdes. L'ensemble des conditions qui concourent à la production de l'hypnotisme est fort complexe. Il en résulte que tel individu qui n'est pas hypnotisable aujourd'hui pourra l'être le lendemain au plus haut degré, et que tel sujet qui sera réfractaire à l'influence d'un individu subira au plus haut point la domination d'un autre.

La possibilité de l'auto-hypnotisme spontané explique l'action thérapeutique, en apparence si merveilleuse, de ce que l'on appelle à tort la suggestion à l'état de veille. En réalité, la puissance de la suggestion n'acquiert chez certains sujets une telle intensité que parce qu'ils se sont spontanément et préalablement auto-hypnotisés par la mise en jeu de l'expectant attention.

M. Paul Magnin. Jadis, à la Pitié, j'ai vu de nombreuses hystériques qu'on amenait chez Dumontpallier parce qu'elles s'étaient fortuitement auto-hypnotisées, après leur sortie de l'hôpital, en regardant dans la rue quelque objet brillant, alors qu'il n'y avait eu de la part de qui que ce fût, aucune tentative d'hypnotisation.

La psychologie de la vitesse.

M. Hachet-Souplet. Quiconque est en situation d'accroître à volonté sa vitesse est uniquement envahi par les impressions intenses qu'il en éprouve ; il ne s'appartient plus ; il est grisé : alors naissent en lui des sentiments qu'il n'a pas à l'état normal : l'orgueil, la combativité, la colère, la haine, la méchanceté, la violence. Ces sentiments varient de forme et de degré, suivant qu'il s'agit du conducteur d'omnibus, du cocher de fiacre, du cavalier, de l'automobiliste.

M. Berillon. Il y a une grande analogie entre l'euphorie de la vitesse et l'euphorie de la morphine. Ceux qui se laissent emporter à faire de la vitesse, pour elle-même, sans aucun but d'utilité, sont, le plus souvent, des dégénérés dépourvus de tout pouvoir modérateur ; ils n'ont plus aucun empire sur eux-mêmes, et entrent en fureur contre les obstacles mêmes minimes.

M. Paul Magnin. Qu'il s'agisse de vitesse, de tabac ou d'alcool, on a affaire à des individus qui de l'usage ne peuvent s'empêcher de tomber dans l'abus ; ils sont, en effet, dépourvus de pouvoir modérateur, au point de perdre l'intinct de leur conversation personnelle.

M. Grollet. L'euphorie de l'automobiliste n'est pas identique à celle du cavalier ; celui-ci doit faire preuve d'art, de compétence et de savoir, il utilise une machine intelligente de laquelle il se fait comprendre et qu'il doit ménager, car il s'agit d'un animal qui n'obéit pas toujours servilement, mais consent à obéir dans certaines limites.

M. Lux. En Algérie j'ai été témoin de fantasias arabes. Ce sont

des demi-fous, grisés par la poudre, emportés par une fureur sauvage; ils n'ont plus aucune espèce de pouvoir modérateur. Leur euphorie ressemble à celle des automobilistes et gagne aussi les chevaux.

M. Bérillon. J'ai été très frappé par le fait suivant. Un automobiliste, au sortir d'un village, écrase un homme sans s'en apercevoir et continue sa route à toute vitesse. Quelques jours après, il apprend cette mort en lisant les journaux et, d'inductions en inductions, il conclut que c'est lui qui l'a causée. On ne l'avait pas vu, il était sûr de l'impunité; néanmoins, ses sentiments moraux l'emportent, il se dénonce et verse à la famille une forte indemnité. Cette mésaventure ne l'a point guéri de sa passion; il refait de la vitesse avec la même frénésie que par le passé.

M. Voisin. Quand une telle catastrophe ne sert pas de leçon et que son auteur n'est pas guéri pour toujours, c'est qu'il s'agit, comme le soutient justement M. Bérillon, d'un individu dépourvu de tout pouvoir modérateur; on se trouve en présence d'une véritable obsession.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 29 *mars* 1902.

De l'action thérapeutique du sérum de Truneck (avec présentation d'un malade). Professeur W. Roth.

Le malade présenté est un trafiquant de quarante-deux ans. A son entrée à la clinique, 10 décembre 1901, avant tout saute aux yeux l'expression d'étonnement, comme figée sur la physionomie du malade. Ses yeux sont ouverts plus que d'ordinaire, le front légèrement froncé, les sourcils soulevés, les mouvements mimiques menus sont abolis. Dans la musculature du tronc et, en partie, dans les extrémités, on observe aussi un enchaînement assez significatif, de sorte que l'aspect du malade rappelle au premier coup d'œil la paralysie agitante. Les mouvements sont lents et maladroits; le malade ne peut pas courir. Les mouvements complexes réussissent avec peine à cause de l'enchaînement et du tremblement, s'associant à chaque mouvement volontaire et augmentant, lorsque la tension musculaire est plus grande et surtout pendant l'émotion; la langue présente des tiraillements rythmiques, lorsque le malade l'allonge, les muscles faciaux subissent alternativement des tiraillements, la tête se balance, tout le corps et le bras tendu commen-

cent à se balancer d'une manière rythmique, faisant 2-4 oscillations par seconde ; le pied, que le malade relève étant couché au lit, se balance aussi, et s'il relève les deux pieds, alors les oscillations envahissent tout le corps et sont si fortes qu'elles font trembler le lit. Dans l'état de repos, point de tremblement ou on observe seulement des tiraillement isolés dans les muscles faciaux. En partie, la rigidité chez le malade peut être expliquée par la tension volontaire de la musculature, ayant pour but de supprimer les mouvements supplémentaires. Le malade, malgré le tremblement, mange lui-même, mais il ne peut pas boire avec la soucoupe. En marchant, le malade regarde ses pieds, risquant de tomber s'il relève ses yeux en haut ; parfois il chancelle de côté et d'autre, comme dans l'ataxie cérébelleuse ; il se tourne lentement et avec gaucherie. En parlant, sa langue s'embrouille, les consonnes sont prononcées indistinctement, sa parole rappelle celle d'un paralytique, mais elle n'est pas tout à fait caractéristique pour la paralysie générale : ici il y a plus de conformité et plus de constance dans la dysarthrie ; il n'y a point de replacement des syllabes, point d'accrochements temporaires, mais on voit que le malade a toujours beaucoup de peine à diriger l'appareil du discours, principalement à la suite des mouvements involontaires continuels, auxquels il doit toujours s'opposer. Si on prie le malade de scander, alors sa prononciation devient plus distincte. Pendant la déglutition le malade avale souvent de travers. Point de paralysie, de convulsions, ni de contractures. Dans les mouvements passifs, on observe partout une légère rigidité. La sensibilité cutanée est normale, mais le sens musculaire dans les extrémités inférieures a souffert un peu, à ce qu'il paraît. Les organes des sens supérieurs sont normaux, quoique les papilles des nerfs optiques soient très pâles et la réaction des pupilles est lente. Les réflexes patellaires ne sont pas modifiés, ceux du tendon d'Achille manquent ; les réflexes des membres supérieurs sont normaux. Point de réflexe Babinski. Le malade ne peut longtemps retenir l'urine ; impotence. La conscience est nette, la mémoire peut-être un peu affaiblie, mais le malade en différents temps pouvait toujours communiquer, sans se contredire, les données anamnestiques concernant sa maladie ; on ne remarque point de défauts de mémoire marquée ; l'intelligence est diminuée à ce qu'il semble ; le cercle des intérêts est rétréci ; le malade est assez apathique, lent, peu communicatif. Du côté des organes internes on a constaté une artériosclérose assez accusée.

L'anomnèse. — Les phénomènes sus-décrits commencèrent à se développer en 1889. La période initiale de la maladie était signalée par un certain engourdissement et une certaine faiblesse dans les bouts des doigts et un tremblement avec faiblesse des membres inférieurs ; en 1891 survint un trouble de la parole ; on prenait quelquefois le malade pour un ivrogne. Tous les phénomènes morbides

se développaient en progressant lentement. Le malade jusqu'à cette dernière année continuait à vendre du poisson au marché : mais au printemps de l'année 1891 la maladie progressa plus rapidement sans aucune cause visible. Ayant exclu la paralysie agitante et la sclérose disséminée, l'auteur s'arrête sur la diagnostic de la *pseudosclérose* sans déterminer l'essentiel du processus morbide chez le malade donné. Il est possible qu'on a affaire ici à un trouble diffus de la nutrition des éléments moteurs du cerveau; mais on ne peut nier ici (comme le fait Strümpel) l'atrophie primaire de certains systèmes accessoires des fibres nerveuses ayant rapport aux mouvements. Le traitement du malade par l'injection sous-cutanée de sérum de Trunecek donna des résultats favorables en rapport de l'affaiblissement marqué du tremblement, de l'amélioration de la parole et de la démarche, et aussi de l'état général du malade. Lorsque les injections étaient supprimées, les phénomènes morbides avaient tendance à s'aggraver. En outre, le rapporteur a observé une certaine amélioration après les injections de ce sérum, chez des hémiplégiques avec artériosclérose très prononcée, surtout une amélioration de l'état général.

Cette communication a été l'objet de plusieurs remarques par différents membres de la société, et quelques questions ont été posées au rapporteur.

Etude sur les obsessions morbides.

Drs Pierre Gannouchkine et Serge Soukhanoff. — Les auteurs se sont servis pour leur travail de 12 malades stationnaires de la Clinique psychiatrique de Moscou, et de 85 malades de la consultation externe de la Clinique. Dans ce nombre entrent seulement les cas où les idées obsédantes font l'essentiel de la lésion, présentant la manifestation d'une constitution particulière, envisagée par les auteurs comme une névrose, ou plutôt une psycho-névrose aussi indépendante que l'hystérie ou l'épilepsie. Parmi le nombre de ces malades, atteints d'obsessions morbides, les hommes pour 3,62 fois prévalaient sur les femmes. La plus grande majorité des cas de la lésion donnée appartenait aux personnes s'occupant de diverses professions intellectuelles. La tare héréditaire existait dans 92 p. 100 de tous les cas, dans la plupart des cas on a trouvé des indications sur les maladies nerveuses et psychiques au moins chez 3 membres de la famille donnée parmi les plus proches parents. Dans 1/3 de tous les cas, on pouvait constater l'existence d'une hérédité homogène, et la maladie, le plus souvent, était transmise de la mère au fils et plus rarement du père à la fille. Les rapporteurs pensent que les personnes, souffrant des obsessions morbides, présentent des particularités de caractère, constatées dans beaucoup de cas de ce genre ; ces malades sont des indi-

vidus à caractère inquiet, indécis et scrupuleux. Les personnes, souffrant des idées obsédantes, s'habituent déjà de bonne heure à l'auto-observation et à l'analyse de leur état mental ; rarement on remarque chez eux une cruauté grossière envers les êtres qui les entourent ; souvent on constate chez ces malades des idées hypochondriaques et, en particulier, la crainte d'avoir une maladie psychique.

Pour la plus grande majorité des cas, le début des idées obsédantes se rapporte à l'âge le plus jeune et ces idées se développent progressivement d'une manière non remarquable ; dans un petit nombre de cas seulement on peut signaler un début aigu de la maladie ; par exemple, dans 1 cas les idées obsédantes se développèrent d'une manière aiguë après un changement de bonnes conditions de la vie pour de plus mauvaises; dans 4 cas — après une secousse morale ; dans 2 cas — après l'accouchement. Le cours des obsessions morbides est toujours sujet à des oscillations ; les exacerbations et les aggravations ont été observés en dépendance des causes variables ; dans 1 cas, la manifestation des symptômes de la syphilis cérébrale influa d'une manière favorable sur les idées obsédantes. Concernant les troubles moteurs et les modifications de conscience, les auteurs notent dans 1 cas des accès épileptoïdes, — dans 3 cas des vertiges, — dans 5 cas, des accès hystériformes, dans 8 cas, des syncopes trouble de conscience de courte durée. Les anomalies sexuelles dans l'une ou l'autre forme sont très souvent observées dans les idées obsédantes, mais ces anomalies apparaissent non comme cause de la maladie donnée, mais comme symptôme accessoire simplement. Dans 5 cas, le symptôme complexus des obsessions morbides a été constaté dans la démence précoce, mais les auteurs ont exclu de pareils cas du groupe de la constitution des idées obsédantes, et les ont cités seulement pour comparer ces cas avec les cas des idées obsédantes, où ces dernières forment une maladie spéciale et constitutionnelle.

Dr W. Serbsky indique sur cela que si les rapporteurs avaient pris aussi en considération les cas légers qui ne nécessitent pas d'administration dans les asiles spéciaux, alors leurs conclusions seraient quelque peu autres, par exemple, en rapport de la distribution des sexes, de la description des particularités du caractère de tels malades.

Dr W. Mouratoff envisage comme « neurasthénie psychique » ce que les rapporteurs décrivent comme constitution des obsessions morbides, et trouve que souvent, de pair avec les idées obsédantes on peut rencontrer aussi d'autres troubles. Si on peut même admettre une constitution particulière décrite par les rapporteurs, c'est seulement comme une dégénérescence psychasthénique.

Dr G. Rossolimo insiste sur ce fait que souvent dans de semblables cas on peut noter une hérédité tuberculeuse, et il est porté

à reconnaître l'existence d'une constitution, sur le terrain de laquelle peuvent se développer des idées obsédantes ; ne peut-on pas donner à cette constitution un nom plus large comme, par exemple, « constitution tiqueuse » ? Outre les particularités de caractère, notés par les rapporteurs dans la constitution des obsessions morbides, on peut encore y ajouter une mobilité particulière de l'attention, l'amour pour toute sorte d'habitudes, tendance au pédantisme, abondance de phénomènes vaso-moteurs.

Dr V. Vorobieff insiste sur l'état émotionnel mobile particulier chez de tels malades.

Dr A. Bernstein est d'accord avec l'élévation d'une « constitution des idées obsédantes » comme maladie particulière, et il rappelle qu'une telle tentative a déjà été faite par Kraepelin. — Le Dr W. Jakovenko et le Dr N. Postovsky ont aussi pris part aux débats.

Il a été question ensuite des moyens pour éterniser la mémoire du défunt président de la Société, le professeur A.-J. Kojevnikoff.

A. Bernstein, B. Mouravileff.

BIBLIOGRAPHIE.

XIV. *Les obsessions et les impulsions*; par A. Pitres et E. Régis. 1 vol. de 434 pages de la Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale, normale et pathologique du Dr Toulouse. Doin, éditeur. Paris, 1902.

I. La première partie du volume est consacrée aux *obsessions*. Après un court aperçu historique, MM. Pitres et Régis étudient la conception psycho-pathologique de l'obsession : avec Morel, ils considèrent l'émotion comme l'élément primitif et fondamental de l'obsession, alors que d'autres auteurs (Wesphal) tiennent ce symptôme pour un trouble à base idéative. Ils résument les caractères généraux des états obsédants dans la définition suivante : *L'obsession est un syndrome morbide caractérisé par l'apparition involontaire et anxieuse dans la conscience, de sentiments ou de pensées parasites qui tendent à s'imposer au moi, évoluent à côté de lui malgré ses efforts pour les repousser et créent ainsi une variété de dissociation psychique dont le dernier terme est le dédoublement conscient de la personnalité.*

Cette définition sépare les obsessions des idées fixes pures sans émotion angoissante. Les auteurs séparent les états obsédants en deux grands groupes, suivant que l'anxiété se manifeste plus spécialement par une crainte, *idées obsédantes phobiques* (*phobies*), ou par une idée (*états obsédants idéatifs*). Les phobies se subdivisent

à leur tour en phobies diffuses ou générales (*panophobies*) et en phobies particulières ou spéciales (*monophobies*). Quant aux états obsédants idéatifs, c'est-à-dire ceux dans lesquels l'état anxieux se produit sous forme intellectuelle ou d'idée, ce sont les *obsessions* proprement dites, qu'on peut subdiviser en *obsessions diffuses* et en *obsessions spéciales*.

Les *phobies diffuses* (névrose d'angoisse type) sont intéressantes au double point de vue clinique et psychologique. Les sujets qui en sont atteints vivent dans un état permanent d'attente anxieuse (Freud), de tension émotive qui éclate brusquement par paroxysmes, sans motif apparent, ou à l'occasion de circonstances accidentelles futiles. Les attaques anxieuses se présentent sous des aspects divers et avec une intensité variable (*attaques rudimentaires* dans certains cas). Freud a signalé des attaques de dyspnée, de boulimie, de diarrhée, de sueurs, de vertige, etc. MM. Pitres et Régis donnent huit observations d'obsessions à forme panophobique qui montrent l'anxiété latente, diffuse, non encore formulée ou formulée seulement momentanément, l'obsession restant rudimentaire. On y saisit la genèse de la phobie « qui vient se greffer comme une sorte d'objectivation plus ou moins durable sur l'état d'angoisse qui constitue le fond de la maladie ».

Les *phobies spéciales* sont divisées par MM. Pitres et Régis en 1° *phobies des objets*, 2° *phobies des lieux, des éléments, des maladies, de la mort;* 3° *phobies des êtres vivants*. Comme les autres états obsédants, les phobies systématisées d'origine sensorielle peuvent être constitutionnelles ou accidentelles. Les *phobies constitutionnelles* se présentent sous la forme de répulsions angoissantes ou de peurs anxieuses originelles, chroniques, portant spécialement sur un objet déterminé (épingle, orage, chien, etc.); leurs caractères principaux sont: l'hérédité chargée, souvent similaire, des malades; le début précoce (enfance, puberté); la persistance indéfinie sous la même forme, avec des alternatives de paroxysme et d'accalmie; souvent l'adjonction de phobies accessoires ou d'autres phobies systématisées. Les *phobies systématisées accidentelles* surviennent chez des sujets moins dégénérés, à un âge plus avancé (de 30 à 50 ans) à l'occasion d'un choc moral (*phobies traumatiques*). Les auteurs donnent des observations de phobies de la rage, de délire du toucher, de polyphobies se succèdent chez le même malade (peur angoissante de la phtisie, des épingles, des chiens, de la folie, de maladies diverses).

Les auteurs étudient ensuite les obsessions proprement dites. Ils admettent que phobie et obsession ne sont pas deux choses différentes, mais deux degrés d'un même état neuro-psychopathique, différant simplement par la proportion des deux éléments, émotif et idéatif, qui le constituent. L'obsession n'est souvent qu'une phobie ayant perdu son caractère de simple trouble émotif,

pour prendre par le fait même de son évolution, celui de trouble à la fois émotif et intellectuel. Plus l'obsession tend à s'intellectualiser, plus, en général, son substratum émotif s'atténue. Pour que la phobie systématisée tourne à l'obsession, il faut que cette phobie, au lieu de se manifester par des crises d'angoisses intermittentes, avec calme complet dans l'intervalle, préoccupe plus ou moins, dans l'interparoxysme, l'esprit du sujet, ce qui arrive dans la majorité des cas. MM. Pitres et Régis étudient successivement trois variétés d'obsessions : les *obsessions idéatives*, les *obsessions impulsives*, les *obsessions hallucinatoires*.

Obsessions idéatives. Ce sont des idées parasites, automatiques, discordantes, irrésistibles. Les plus fréquentes sont des idées relatives à la morale, à la métaphysique, à la religion. Rarement l'idée obsédante est unique, le plus souvent plusieurs idées obsédantes coexistent, soit similaires, soit dissemblables. L'obsession se manifeste habituellement sous forme paroxystique, s'impose à la conscience révoltée, d'où une lutte qui ne fait le plus souvent qu'accentuer l'angoisse. Un point important est la conservation de la conscience, sauf dans quelques cas asez rares. Parmi les obsesssions idéatives citons les obsessions du doute, du scrupule, du mot, du chiffre, du langage, de la maladie.

Obsessions impulsives. Cette variété n'est autre que l'idée obsédante d'accomplir un acte quelconque, indifférent ou criminel ; onomatomanie, pyromanie, etc. Les auteurs étudient les points suivants : les phobies d'impulsion se rattachent-elles aux impulsions ? Les obsédés cèdent-ils souvent à leurs impulsions ? Le suicide est-il fréquent ? L'obsession impulsive est toujours précédée de pensée et de lutte et suivie d'une détente, d'une satisfaction, d'un soulagement. Quelques pages sont consacrées aux obsessions inhibitoires.

Obsessions hallucinatoires. MM. Pitres et Régis admettent, avec M. Séglas, que l'hallucination est relativement fréquenté dans l'obsession ; c'est l'idee émotive qui se transforme en sensation extériorisée.

Des considérations intéressantes sont consacrées aux *moyens de défense des obsédés* : ces moyens ont pour but : 1° de prévenir les accès obsédants ; 2° de dominer ces accès quand ils éclatent ; 3° d'en atténuer les effets émotifs ou de les dissimuler. Certains tics sont des moyens de défense.

Un chapitre important est réservé à *l'obsession de la rougeur* ou éreuthophobie. L'histoire de cette curieuse obsession, dont on doit la description à MM. Pitres et Régis, est très complète et les auteurs nous donnent dans leur monographie des documents cliniques des plus intéressantes et des aperçus ingénieux touchant l'interprétation de ce trouble.

Dans le chapitre *Étiologie* sont étudiées les causes prédispo-

santes des obsessions : *âge*, *sexe*, *profession*, hérédité, etc. Il des recherches des auteurs que les femmes sont plus sujet les hommes aux obsessions dans la proportion de 3 : 2 et q dans la période moyenne de la vie, entre vingt et quarai ans, qu'on rencontre le plus d'obsédés. Dans plus des trois des cas, les obsessions surviennent avant la trentième anné rédité joue un rôle considérable (dans les quatre cinquièn cas) ; parfois sous une forme similaire. Les obsessions sont d dromes constitutionnels de dégénérescence, mais dans l'ir majorité des cas, elles ne coexistent pas avec les stigmat siques. Les causes occasionnelles sont des émotions mora pratiques sexuelles irrégulières, des états maladifs diver importance est secondaire par rapport à celle de l'hérédité

Nous n'insisterons pas sur le chapitre consacré à la *marc* durée, au pronostic, à la terminaison des obsessions, non p sur le chapitre dans lequel sont étudiées la *nature des obs* leur place en nosographie. Notons seulement que MM. P Régis considèrent l'obsession comme un état mixte, neuro-p pathique et comme un symptôme : il y a des obsessions d nérés, d'alcooliques, d'épileptiques, d'hystériques, de neu niques. Ces dernières seraient de toutes les plus fréquente

Le *diagnostic* doit être fait avec les états physiologique fixes, passions), avec les états pathologiques (psychoses, né Il faut en outre distinguer les obsessions entre elles (ob accidentelles, constitutionnelles, hystériques, neurasthéniq

Pour ce qui touche au *traitement*, les auteurs examir questions de l'internement, de l'isolement simple, de la psy rapie, de l'hypnotisme.

II. Impulsions. — L'impulsion morbide est, d'après MM et Régis, dans le domaine de l'activité volontaire, la te impérieuse, souvent même irrésistible, au retour vers réflexe. Envisagées au point de vue de leur symptomatologi rale, les impulsions sont habituellement : *endogènes*, *involo* *rapides*, *violentes*, *aberrantes*, *conscientes*, *subconscientes* ou *cientes*, *mnésiques* ou *amnésiques*, *isolées* ou *répétées*. Les admettent trois types d'impulsions : 1° les *impulsions* *pures*, à réflexe direct, sans action inhibitoire intermédiaire imbéciles, épileptiques) ; — 2° les *impulsions psycho-moti* réflexe retardé, avec intermédiaire émotif ou idéo-émoti sans action sérieuse d'inhibition (psychasthéniques, hyst maniaques) ; — 3° *les impulsions psychiques*, à réflexe inter avec intermédiaire idéo-émotif long, compliqué, doul accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse sions impulsives).

Les formes cliniques des impulsions sont nombreuses : sions au suicide, à l'homicide, au vol, à l'incendie, à boir

fugue, impulsions sexuelles. Niant l'existence de monomanies impulsives, les auteurs examinent les impulsions dans les principaux états psychopathiques: dégénérescence, épilepsie, hystérie alcoolisme, paralysie générale, vésanies. Dans le dernier chapitre, ils étudient l'étiologie des impulsions, le diagnostic, la marche et la durée, le pronostic et le traitement de ces troubles. Les considérations médico-légales sont illustrées par d'instructifs rapports médico-légaux sur quelques cas d'impulsions.

L'analyse qui précède montrera peut-être combien MM. Pitres et Régis ont exploré avec soin le domaine dont ils s'étaient proposé la description, mais elle est évidemment insuffisante pour donner une idée des mérites de cette définitive monographie sur les obsessions et les impulsions. Non seulement aucun des nombreux et délicats problèmes que soulève l'étude de cette question n'a été laissé dans l'ombre, mais pour plusieurs les auteurs ont proposé des solutions séduisantes par leur clarté et toujours basées sur l'observation clinique. Aliénistes, neurologues, psychologues, tous ceux qui s'intéressent aux questions de psychopathologie liront et consulteront avec fruit l'œuvre nouvelle des Maîtres éminents auxquels on doit d'avoir fait de l'Université de Bordeaux un centre scientifique des plus importants au point de vue psychiatrique.

Paul Sérieux.

XV. *Rapport sur l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon;* par le Dr Cullerre, médecin-directeur. Exercice 1901.

La population qui était de 530 au 1er janvier 1901, s'élevait à 576 à la fin de l'année. Le nombre des entrées en 1901 a été de 137 (64 h. et 73 f.) C'est le chiffre le plus élevé d'admissions qu'il y a eu depuis la fondation de l'asile. Dans ce chiffre figurent 13 idiots et imbéciles. 18 cas sont dûs aux excès alcooliques (154 h. et 3 f.). M. Cullerre signale, comme d'habitude, un assez grand nombre d'*aliénés chroniques* parmi les entrants (26 cas de folie simple remontaient à plus de six mois). D'où la nécessité d'admettre à l'asile les aliénés le plus près possible du début si on veut diminuer les *charges* dues à l'incurabilité. « Très exceptionnellement, dit M. Cullerre, nous constatons trois guérisons *tardives* chez trois hommes. L'un était depuis près de 6 ans à l'asile et les deux autres depuis 3 ans. Jusqu'ici, aucun n'a eu de rechute. » Ces faits montrent que les médecins doivent être réservés et observer avec soin leurs malades avant de prononcer l'incurabilité. D'où la nécessité d'un traitement régulier et continu. Les décès ont été de 68 (24 h. et 34 f.), dont 4 dans la première quinzaine de l'admission, 14 sont dus à la phtisie, 21 à la fièvre typhoïde. « Le nombre des décès par phtisie pulmonaire représente un quart de la mortalité totale. Cette proportion s'explique par l'apparition périodique de l'influenza qui réveille les tuberculoses latentes et précipite l'évolu-

tion de cette maladie. « M. Cullerre appelle tout particulièrement l'attention sur le nombre des tuberculoses traitées (23) pour l'isolement desquelles il n'a aucun local.

Le prix de journée est de 0 fr. 95. 11 aliénés de la Seine à 1 fr. 30. Aumônier, 1.600 fr. Frais de culte, 700 fr. qu'il serait possible de réduire considérablement en suivant la pratique des asiles d'Auxerre, de Moulins et de la Charité. L'asile paie deux *pensions de retraite* de chacune 200 fr. Signalons l'installation de la *lumière électrique*. Le *pain*, fabriqué par l'asile, revient à 0 fr. 19 le kilogr.

Un médecin-directeur, deux internes soit chacun 45 observations en 1901. Personnel secondaire : 1 surveillant en chef (800 fr.). 14 religieuses (2.380 fr.), 6 infirmiers de 1re classe (2.160 fr.), 8 de 2e classe (2.400 fr.), 8 de 3e classe (2.112 fr.) 6 infirmières de 1re classe (1.584 fr.), 10 infirmiers de 3e classe (2.160), soit un agent pour neuf malades.

« Le recrutement du personnel de surveillance continue à être l'objet de mes soucis. Comme je l'ai déjà constaté à plusieurs reprises ce recrutement est de plus en plus difficile en même temps que croissent les exigences des candidats aux emplois vacants. D'accord avec l'Inspecteur général des services administratifs qui a visité l'asile l'année dernière et cette année même, je proposerai au budget prochain d'améliorer les conditions matérielles de ce personnel en lui attribuant le régime alimentaire des pensionnaires de troisième classe.

« Jusqu'ici, en effet, les infirmiers et infirmières ont partagé le régime commun et bien que la nourriture des malades de cette catégorie soit suffisante, elle est inférieure comme quantité et confort à celle que les infirmers reçoivent dans la plupart des hôpitaux et hospices ordinaires. » B.

XVI. *Localizaciones medulares*; par Juan-Maria Obarrio. Thèse de Buenos-Aires, 1902.

Sans grande originalité, mais avec précision, l'auteur donne dans sa thèse un assez bon état actuel de nos connaissances sur les localisations médullaires, d'après les travaux récents de Bechterew, Déjerine, Edinger, Jakob, Marie, Van Gehuchten, etc. Après avoir étudié l'anatomie descriptive des enveloppes et des vaisseaux de la moelle, puis son anatomie topographique, il aborde l'histologie de la substance médullaire grise et blanche, l'origine et la terminaison des racines et cordons, avec les voies de conduction. Enfin il expose d'après les tableaux d'Edinger et de Jakob les principales localisations motrices et sensitives, c'est-à-dire la représentation dans la moelle des différents territoires cutanés, des différents muscles, etc. Dix observations anatomo-cliniques, avec planches, illustrent avantageusement ce travail très consciencieux. P. R.

VARIA.

ASSISTANCE DES IDIOTS EN FRANCE.

La Roche-sur-Yon, le 11 mars 1903.

Mon cher confrère,

Conformément à votre désir, je vous adresse quelques renseignements sur nos quartiers d'enfants (de 5 à 18 ans.) Vous ayant précédemment adressé des renseignements jusqu'à l'année 1896, c'est de cette année que partiront les documents statistiques suivants :

	Garçons.	Filles.	2 sexes.
Existant au 1er janvier 1896.	22	10	32
Admis du 1er janvier 1896 au 1er janvier 1903.	32	10	42
Total des existences et des admissions.	54	20	74
Sortis du 1er janvier 1896 au 1er janvier 1903.	4	4	8
Décédés du 1er janvier 1896 au 1er janvier 1903.	14	1	15
Passés à l'asile d'aliénés comme adultes.	20	7	27
Total des extinctions. . .	38	12	50
Existants au 1er janvier 1903. . . .	16	8	24

Ainsi que vous le voyez, le nombre des placements de garçons est triple de celui des filles. Je ne puis expliquer ce fait qu'en admettant : 1° que les garçons idiots sont plus nombreux que les filles idiotes, ce qui d'ailleurs est, je crois, une notion classique : 2° qu'ils sont plus turbulents et plus dangereux surtout à partir d'un certain âge. Dans les sorties, il faut distinguer deux guérisons (accidents hystériques) et trois améliorations (deux idiots simples et un épileptique.

Une classe continue à être faite à ceux de nos jeunes malades qui sont susceptibles d'en profiter. Cinq garçons la suivent actuellement et ont fait quelques progrès. Du côté des filles ce service est désorganisé depuis un an, en raison d'un incendie qui a détruit un bâtiment de femmes de près de 80 places, ce qui nous a obligés à utiliser le pavillon d'enfants pour y loger le trop plein des aliénés adultes. Cette situation fâcheuse prendra fin le 1er mai prochain, au plus tard.

Je vous prie d'observer que je n'ai, pour l'éducation des enfants, ni personnel, ni crédit, et que j'utilise du côté des garçons un malade (persécuté hypocondriaque), ancien instituteur et du côté des filles la religieuse surveillante de la section.

Le nombre restreint d'enfants qui vont en classe s'explique par la qualité de nos malades en grande majorité idiots complets, épileptiques, paralysés, n'ayant pas la parole, et ces garçons prennent part à des exercices gymnastiques (méthode Pichery), dirigés par un infirmier compétent. Une infirmière s'occupe de leur apprendre les soins corporels et les habitudes de propreté. Les enfants valides vont chaque semaine en promenade dans la campagne.

Le traitement médical comporte les moyens habituels dirigés contre le lymphatisme, la tuberculose, les accidents cérébraux et surtout l'épilepsie. J'ai obtenu de bons résultats dans quelques cas d'épilepsie à accès très fréquents, de l'administration du borate de soude.

D'une façon générale, l'aspect de la section des garçons est plus satisfaisant que celui des filles. La première est aux mains d'un ménage dont la femme, intelligente et dévouée, se dévoue littéralement à ses malades ; tandis que la seconde est aux mains d'infirmières obtuses, sous la surveillance d'une religieuse qui ne s'intéresse que médiocrement à l'amélioration de ses malades, par inertie surtout, peut-être aussi par inaptitude à changer ses habitudes routinières.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Directeur-Médecin, CULLERRE.

ASSISTANCE DES IMBÉCILES MORAUX.

Un établissement à créer.— Sous ce titre, le *Petit Parisien* du 11 février relate le fait suivant : On jugeait hier au tribunal correctionnel de la Seine un nommé Mussy, inculpé de vol. Cet individu ayant eu dans sa famille des alcooliques, épileptiques, aliénés, infirmes et autres, avait été, à la demande de son avocat, l'objet d'un examen médical.

Le Dr Dubuisson, chargé de ce soin, a fait un rapport fort intéressant à cette occasion. Tout en reconnaissant que Mussy a des tares héréditaires sérieuses, il ne peut le considérer comme un irresponsable. C'est à coup sûr, dit-il, un malade. Et le praticien traitant de son cas dit à ce propos qu'il est regrettable qu'il n'existe pas des établissements spéciaux pour des individus du genre de Mussy, car pour eux le régime de l'asile où de la prison est aussi détestable que néfaste. Il les perd à tout jamais.

« Il devrait être créé des établissements intermédiaires, tenant

de l'un et de l'autre, sans en avoir le mauvais côté, et l'on arriverait, estime-t-il, à des résultats des plus satisfaisants. Ce genre d'établissement n'existant pas encore, les magistrats n'ont pu qu'appliquer la loi, et comme les délits commis par Mussy étaient graves, ils lui ont infligé un an de prison. La question n'en demeure pas moins très curieuse et à étudier. »

Les cas analogues au précédent sont assez communs. Tels sont les imbéciles intellectuels et moraux, suffisamment améliorés pour ne pas être placés dans un asile d'aliénés, mais incapables, abandonnés à eux-mêmes, de se conduire régulièrement, de subvenir complètement à leurs besoins. C'est pour eux que nous avons demandé la création à Bicêtre, par exemple, d'une section à part où ils continueraient à travailler dans les ateliers, les jardins, les services généraux, tout en jouissant d'une liberté relative, ne sortant pas librement comme les administrés de l'hospice, mais seulement sur autorisation et autant que possible avec des parents ou des amis. Il y a là un point intéressant d'assistance, sur lequel depuis bien des années nous appelons l'attention de la commission de surveillance des asiles de la Seine et de la commission spéciale du Conseil général. B.

Du maintien des alcooliques dans les asiles d'aliénés.

Dans une leçon publiée par la *Gaz, méd. de Nantes* (1903, n° 11, p. 194), M. le Dr Biaute, rappelant l'enquête provoquée par la *Revue de psychiatrie* au sujet du maintien des alcooliques dans les asiles, après disparition des troubles délirants, dit que, à part l'opinion de M. Keraval, qui a répondu « qu'un asile d'aliénés n'était qu'un hôpital, où on ne devait garder les sujets que pendant qu'ils présentaient les troubles mentaux dus à l'intoxication et où il ne convenait pas de traiter l'habitude de boire », — que toutes les autres réponses peuvent se résumer de la manière suivante :

« 1° La plupart des médecins maintiennent les alcooliques après la disparition des troubles délirants aigus.

« 2° La durée de ce maintien est le plus souvent supérieure à un mois.

« 3° La plupart des médecins maintiennent plus longtemps les alcooliques qui reviennent à l'asile après un premier internement.

« 4° La plupart des médecins justifient ce maintien par des raisons médicales et par intérêt pour les malades. Mais ce ne sont pas

des justifications légales. Quelques-uns prennent la précaution d'obtenir le consentement des malades et, dans l'état actuel de la législation, cette pratique paraît être la moins irrégulière. Mais il serait désirable que cette question fut tranchée par un texte précis quand on s'occupera de la loi qui devra remplacer celle de 1838 sur les aliénés.

« Quant à moi, continue M. Biaute, je tends plutôt à suivre la pratique du Dr Keraval *mettant hors de l'asile les alcooliques dès que les troubles mentaux ont disparu*, ne me croyant pas autorisé à leur faire entendre et supporter des cours de morale pendant un temps plus ou moins prolongé, laissant aux autorités compétentes le soin et la responsabilité de nouveaux internements, quand ils sont reconnus nécessaires. *En cela, je suis exactement les prescriptions de la loi.* »

L'opinion de MM. Keraval et Biaute est celle que nous avons soutenue quand il s'est agi de consacrer le *cinquième asile* de la Seine, dénommé aujourd'hui asile de la Maison-Blanche, aux alcooliques, aux buveurs. Les *asiles de buveurs* sont autres que des asiles d'aliénés. Pour y enfermer et y maintenir les buveurs, il faut une loi spéciale. Les alcooliques délirants sont des *aliénés* et leur place naturelle est dans les asiles d'aliénés. Une fois *guéris* de leur délire, on ne peut les y maintenir, même *momentanément*, qu'à titre de *convalescents*. Ce maintien varie suivant les cas, mais ne peut se prolonger tant qu'une disposition légale ne sera pas intervenue. B.

NÉCESSITÉ D'ENSEIGNER A TOUS LES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES LES SOINS A DONNER AUX ALIÉNÉS ET LA SURVEILLANCE QUI EST NÉCESSAIRE.

Drame de la folie. — Un jeune homme de vingt-quatre ans, Georges Libreville, demeurant, 9, rue Lacuée, dont la vie à outrance et les excès de toute sorte avaient ébranlé la raison, a été pris soudain, hier matin, d'un accès de folie furieuse, et, saisissant par les cheveux une jeune femme de vingt-deux ans, Marie Béron, qui était venue lui faire une visite matinale, il tenta de la précipiter par la fenêtre. Comme la malheureuse se débattait, il saisit un tabouret et lui en asséna sur le crâne un coup terrible.

Aux cris de la victime, on accourut et on arracha la jeune femme des mains de son bourreau. Puis on voulut saisir le forcené qui déjà avait enjambé la fenêtre. On put heureusement le saisir par ses vêtements avant qu'il se fût précipité dans le vide.

Le jeune homme fut conduit à l'hôpital Saint-Antoine, car il s'était entamé les poignets en brisant les vitres de la fenêtre à coups de poing, et il fallait panser ses blessures. Tandis qu'il était dans la salle d'opérations, le malheureux profita d'un moment d'inattention de ceux qui le surveillaient pour s'emparer d'un scalpel, dont il se porta un coup dans le ventre. On put enfin le désarmer. Mais on dut lui mettre la camisole de force pour l'empêcher d'attenter de nouveau à sa vie. Son état est désespéré. Quant à Marie Bérou, elle a été également conduite à l'hôpital Saint-Antoine. (*Le Matin*, 11 septembre 1902.) — D'où la nécessité de faire faire à tous les infirmiers et infirmières un stage dans les services d'aliénés. Ils sauront mieux ce qu'il convient de faire, à l'hôpital en présence de malades délirants. La place de ce malade nous paraissait plutôt être à l'asile d'aliénés que dans un hôpital.

FAITS DIVERS.

Suicide d'adolescent. — Un jeune homme de quinze ans, de Bouafle, Eugène Duval, s'est pendu dans le grenier de ses parents, cultivateurs à Bouafle, à la suite des circonstances suivantes: Mme Duval, avait été surprise en revenant des champs, de ne pas voir son fils Eugène, qu'elle avait sévèrement admonesté avant son départ à la suite d'un petit larcin d'oiseaux qu'il avait commis au préjudice d'un de leurs voisins. Connaissant le caractère impressionnable de son enfant, elle fut prise d'inquiétude et se mit à le rechercher dans toutes les dépendances de la ferme. Quelques heures après, l'infortunée mère découvrit dans un grenier à fourrages son fils pendu à une solive. Le désespoir des parents est navrant. (*Journal de Seine-et-Oise*, 21 mars 1903.)

— Rue Boursault, le petit Marcel Martorel, onze ans, que son père réprimandait parce qu'il se querellait avec des camarades, s'est jeté par une fenêtre du troisième étage et s'est tué. (*Bonhomme Normand*, 27 mars.

Tentative de suicide de jeunes garçons. — Alfred Mauger, seize ans, mécanicien à Cabourg, ayant été congédié par son patron, a tenté de mettre fin à ses jours en allumant, la nuit, un réchaud de charbon dans sa chambre à coucher. Des voisins, ne l'ayant pas vu descendre le matin, montèrent à sa chambre et le trouvèrent étendu sur son lit, sans connaissance. Un médecin, après deux heures de soins énergiques, a pu le rappeler à la vie.

Drame de l'alcoolisme. — La dame Fortin, trente-deux ans, journalière à Bursard (Orne), une *alcoolique*, s'est jetée dans une mare avec ses deux enfants, Jules, 7 ans, et Modestine, 3 ans. Le petit garçon a pu se sauver. La mère et la fillette sont mortes. (*Bonhomme Normand*, 27 mars.)

A l'Asile des aliénés d'Armentières. — La Commission de surveillance de l'Asile s'est réunie vendredi après-midi et a pris la délibération suivante qu'elle nous communique :

« La Commission, après avoir examiné les prétendus faits allégués, reconnaît qu'il s'agit d'allégations défigurées ou absolument fausses, toutes d'ailleurs calomnieuses, que tout a été parfaitement régulier et que l'Asile, loin d'être compromis par la gestion du Directeur actuel, n'a fait que prospérer depuis les huit années que le docteur Keraval est à sa tête, ce dont elle ne peut s'empêcher de le féliciter. La preuve de cette prospérité est d'ailleurs manifestée par les nombreux travaux effectués sur les ressources de l'établissement et la situation de caisse envoyée récemment à M. le Préfet à l'occasion des plans et devis propres à l'installation du pavillon des bains nouvellement construit. » (*Progrès du Nord*, 1er mars).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Catalogue complet des Thèses de doctorat de la Faculté de Médecine de Bordeaux. In-8° de 48 pages. Robers à Bordeaux. Prix : 2 francs.

Garnier (Samuel). — *L'état mental d'un escroc féminin et d'un assassin voleur*. In-8° de 50 pages. Dijon. 1903.

Handbuch der Pathologischen des Nervensystems, in-8° de 320 pages. Karger, Berlin, 1903.

Handbuch der Pathologischen Anatomie des Nervensystems. In-8° de 320 pages. Karger, Berlin, 1903.

Kleinpeter. — *Von der Natur der Dinge an sich*. In-8° de 48 pages. Barth. Leipzig. 1903.

Muskens (L.-J.-J.). — *Studien über segmentate Schmerzygefühlsstorungen and Tabetischen und Epileptischen*, in-8° de 80 pages. *Arch. für Psychiatrie.*

Paillotte (Paul). — *Suggestion musicale*, in-8° de 16 pages, Tricotet, Paris, 1903. Prix : 0 fr. 25.

Pfister (H.). — *Die anwendung von Beruhigungsmittehs Gersteskranken*. In-8° de 40 pages, Carl. Marhold. Halle, 1903.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 4-1903.

Vol XV. Juin 1903. N° 90.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

Note sur un cas de bestialité chez la femme ;

Par Ch. FÉRÉ,
Médecin de Bicêtre.

On observe aussi bien chez la femme que chez l'homme une attraction morbide pour les animaux [1]. Cette attraction peut n'avoir rien à faire avec le sexe, c'est la zoophilie. D'autres fois elle se manifeste par des actes sexuels, c'est la bestialité. La zoophilie paraît plus fréquente chez la femme, la bestialité chez l'homme.

Dans la bestialité, l'homme peut jouer le rôle actif ou le rôle passif. Le plus souvent il joue le rôle actif et il s'adresse aux animaux les plus divers [2] : juments, brebis, chèvres, chiennes, lapines, [3] oies, canards, poules, etc. Quand il joue le rôle passif c'est avec l'animal le plus sociable, le plus initiable, le chien (sodomie bestiale passive) [4]. Chez la femme on ne connaît guère que la bestialité passive avec le chien [5].

[1] Ch. Féré. *L'instinct sexuel. évolution et dissolution.* 2e édit. 1902, p. 166.

[2] Mantegazza. *L'amour dans l'humanité,* 1886. p. 124. — Boissier et Lachaud *Perversion sexuelle à forme obsédante.* (*Arch. de Neurologie,* 1893. t. XXVI p. 383).

[3] Boëteau. *Un cas bestialité* (*France médicale,* 1891 t. XXXVIII, p. 593).

[4] A. Montalti. *La pederastia tra il cane a l'uomo* (*Sperimentale,* 1887, LX, p. 285). — Delastre et Linas. *Sodomie bestiale* (*Soc. de méd. légale.* 1873-74, III, p. 165). — Brouardel *Pédérastie d'un chien à l'homme* (*Semaine médic..* 1887, VII, p. 318).

[5] L. Thoinot. *Attentats aux mœurs et perversions du sens génital,* 1898, p. 268.

On est très porté à la considérer comme une perversion instinctive congénitale : elle peut être impulsive, obsédante, coïncider avec l'impuissance du coït normal. La privation des rapports normaux ne suffit pas à la déterminer : il faut un chimiotropisme spécial. Du reste elle coïncide en général avec la débilité mentale. Cependant il existe des circonstances indépendantes du sujet qui peuvent jouer un rôle provocateur évident. Le fait que je vais rapporter me paraît particulièrement intéressant à cet égard.

Obs. — *Longévité héréditaire. — Antécédents personnels névropathiques. — Choc moral dans l'enfance. — Amour psycho-sexuel des chiens. — Descendance psychopathique.*

Mme B..., soixante-douze ans, appartient par son père à une famille où la longévité n'est pas rare. Son père et un oncle sont morts à quatre-vingt-huit ans, une tante à quatre-vingt-douze ans; il y a eu plusieurs cas analogues à la génération précédente. Les hommes surtout passaient pour des originaux, se faisaient remarquer par des singularités du costume; mais menaient leurs affaires avec succès. Son oncle et sa tante avaient eu plusieurs enfants qui étaient morts en bas âge. Sa mère était fille unique, elle est morte à trente-huit ans d'une affection aiguë de poitrine.

Deux enfants nés avant elle avaient succombé à des convulsions dans leur première année. Elle avait eu elle-même des convulsions à plusieurs reprises dans son enfance, et elle était sujette à des colères violentes dans lesquelles elle se roulait par terre et déchirait ses vêtements, et qui ne se calmaient que quand on la laissait seule. C'est à la suite d'une de ces colères que se produisit l'incident qui a eu une influence si profonde sur sa vie sexuelle. Elle avait environ trois ans et demi, lorsqu'à la suite d'une contrariété dont la cause est oubliée, elle eût une explosion particulièrement vive. Après avoir lacéré ses vêtements, elle avait couru hors de la maison et s'était roulée avec fureur sur la pelouse du jardin. On l'avait abandonnée à son sort. Elle s'était calmée peu à peu et était restée étendue, les vêtements en désordre. Deux chiens avec lesquels elle jouait chaque jour s'approchèrent d'elle et se mirent à la lécher à qui mieux mieux sur toutes les parties découvertes. Elle se laissait faire, comme d'ordinaire; elle éprouvait du plaisir à leurs caresses qui la calmaient. Il arriva que pendant que l'un des chiens portait sa langue sur les parties génitales l'autre lui léchait la bouche. Elle éprouva une sensation intense qu'elle n'a jamais oubliée, mais qu'elle n'a jamais pu définir : cette sorte de choc était accompagné d'une tension délicieuse des organes génitaux. Elle s'enfuit toute honteuse bien qu'elle ne pût rien comprendre à ce qui lui arrivait. A partir

de cette époque, elle recherchait les caresses des chiens sachant qu'elle faisait quelque chose de mal et qu'il fallait se cacher. Elle les attirait dans des bosquets écartés et cherchait à les amener vers ses parties génitales, généralement en vain. Mais elle remarqua bientôt que les caresses sur la bouche amenaient la même excitation agréable des organes génitaux; elles étaient plus faciles à se procurer et ne provoquaient pas le même sentiment de honte. Cependant elle rougissait qnand elle se sentait surprise et se mettait à pleurer. On la gronda plusieurs fois parce qu'elle attirait les caresses des chiens sur sa bouche avec du sucre ou d'autres aliments alléchants. Elle croit qu'on n'a jamais compris ce dont il s'agissait; mais on fit disparaître les chiens. Il y avait deux ans environ que ces manœuvres duraient.

La violence de son caractère, qui s'était un peu calmée, se réveilla, elle eut des cauchemars où les chiens tenaient la principale place. Une femme de chambre qui arriva à lui arracher le secret de ses regrets, fit de son mieux pour les suppléer mais sans succès; ses caresses ne provoquaient que du dégoût. Cette intimité fut peut-être surprise; la femme de chambre disparut un jour brusquement comme les chiens. Les pratiques qu'elle avait apprises ne lui donnaient aucun plaisir; elle ne pensait qu'aux caresses de ses chiens. Tous les animaux de cette espèce qu'elle pouvait apercevoir, elle les suivait du regard aussi loin que possible, prenant un grand plaisir à leurs caresses réciproques, et se représentait celles qu'elle pouvait attendre. L'occasion manqua longtemps; son imagination ne s'en exaltait que mieux. Elle cherchait à se rapprocher des chiens qu'elle rencontrait mais bien peu répondaient à ses caresses; un coup de langue sur la main lui donnait une grande satisfaction et entretenait ses désirs. Les essais de masturbation ne lui procuraient aucun plaisir. Elle ne connaissait la satisfaction complète que par les rêves de chiens qui la léchaient sur la bouche.

Elle avait onze ans lorsqu'en raison d'une affection pulmonaire de sa mère, on l'envoya pour quelques semaines chez une cousine qui vivait aussi à la campagne. Elle y trouva un chien de chasse avec lequel elle fut bientôt au mieux. Dès qu'elle pouvait s'isoler avec lui elle se faisait lécher sur la bouche et sur les parties génitales. Elle le caressait elle-même, et elle essaya plusieurs fois de mettre à profit les érections qu'elle provoquait. Les frottements qu'elle obtint ou même la pénétration incomplète ne lui donnèrent pas le plaisir que lui procurait la langue; elle renonça à ces tentatives.

Peu de temps après son retour à la maison paternelle, elle eut ses premières règles qui lui causèrent une émotion très intense parce qu'elle pensait que sa conduite pouvait en être la cause. Elle se rassura quand on lui eut donné des explications. A partir de

cette époque elle éprouva surtout quelques jours avant l'écoulement qui était régulier, et sans douleur, ni troubles quelconques, une excitation sexuelle intense qui lui inspirait des tentatives de masturbation par des procédés divers qui n'amenaient aucune satisfaction. Elle ne connaissait toujours la satisfaction complète que par les rêves de caresses buccales de chiens. Les jeunes garçons lui étaient tout aussi indifférents au point de vue sexuel que les jeunes filles; et elle ne distinguait pas plus les adultes en raison de leur sexe. Elle sentait très bien la différence quand il s'agissait des chiens; elle aimait à caresser les chiennes quand elle pouvait en approcher, mais elle ne recherchait pas leurs caresses. Du reste, depuis son séjour chez sa cousine elle n'eut plus la possibilité d'obtenir des caresses capables de la satisfaire; les quelques contacts qu'elle pouvait avoir en passant avec des chiens ne pouvaient réussir qu'à l'exciter.

Son éducation était très surveillée; cependant les lectures, ses conversations avec d'autres jeunes filles, les soirées de musique et de danse avaient donné de nombreuses occasions à ses sentiments de s'éveiller. Toutefois, lorsqu'à dix-huit ans passés, on lui parla pour la première fois de mariage, ce fut pour elle un étonnement angoissant. Elle se rendait bien compte qu'il s'agissait d'une anomalie, mais la satisfaction de l'instinct sexuel était pour elle inséparable de la langue d'un chien. Elle aimait les enfants, la famille, la maison, s'occupait avec plaisir des soins du ménage et avait le plus grand désir de devenir une mère de famille; elle comprenait la fonction comme un honneur.

Le fiancé que sa famille avait choisi pour elle, était un homme de douze ans plus âgé, qui avait déjà conquis une situation honorable. Il lui paraissait parfait autant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel et moral: elle avait pour lui la plus complète estime; mais il ne s'agissait pas d'attraction sexuelle qu'un homme n'avait jamais éveillée en elle. Elle l'accepta avec la ferme volonté de devenir une femme.

Elle se tint parole; mais la tâche ne fut pas facile. Les rapports sexuels ne lui inspiraient que de la répugnance: elle les subissait sans aucune satisfaction. Il en fut ainsi pendant plusieurs mois. Un soir qu'elle subissait son mari avec la résignation habituelle, elle eût tout à coup l'idée d'un chien qui lui léchait les lèvres. Ce fut un coup de foudre, une satisfaction d'une intensité inconnue même dans les rêves. Ce plaisir lui laissa un sentiment de honte extrêmement pénible.

A partir de ce moment l'éventualité d'un rapprochement conjugal constitua pour elle une obsession des plus douloureuses: il lui sembla qu'elle ne pourrait plus éviter l'association d'idées. Le fait est qu'elle ne l'évita plus. Elle redoutait au-dessus de tout cette satisfaction qu'elle n'obtenait qu'au prix de la honte. Quand le soir

arrivait, elle était angoissée, à l'idée que son mari pourrait s'approcher d'elle ; elle ne se calmait et ne pouvait espérer le sommeil que quand elle le sentait bien endormi. Chaque fois qu'elle avait éprouvé le plaisir amphibologique qui lui répugnait, elle était plus révoltée contre elle-même et restait agitée toute la nuit.

Elle devint enceinte au bout de onze mois de mariage. Ce fut une grande joie pour elle : elle désirait la maternité et c'était un soulagement que d'éviter les rapports sexuels. Elle accoucha à terme d'un enfant mâle bien conformé et vigoureux, sans avoir présenté aucun trouble nerveux. Elle ne pouvait pas manquer d'accepter l'allaitement avec plaisir. Tout allait bien pendant les six premières semaines, lorsqu'un jour pendant qu'elle allaitait son enfant à la fenêtre, elle vit passer un chien ; l'idée lui vint des caresses du chien, elle éprouva une vive excitation génitale. Depuis elle ne put plus donner le sein sans que l'association avec ses conséquences se reproduisît immédiatement. L'excitation génitale était d'autant plus intense que le repas de l'enfant durait plus longtemps. Elle rapprochait ces repas pour les abréger et éviter d'arriver à l'orgasme. Elle ne réussissait pas toujours. L'enfant était chétif, croissait lentement ; il prit des convulsions, qui se répétèrent, et auxquelles il succomba au quatrième mois. Elle attribua sa mort à son anomalie sexuelle.

Six mois plus tard elle devint de nouveau enceinte. La grossesse évolua normalement, elle accoucha à terme d'une fille bien conformée qu'elle ne voulut pas allaiter. Elevée par une nourrice l'enfant eut cependant des convulsions à plusieurs reprises au cours de l'allaitement. Elle n'a pas échappé à la névropathie comme on le verra plus tard.

Les obsessions de chiens qui avaient disparu pendant la grossesse revinrent spontanément de temps en temps mais sans sanction autrement que dans les rêves ou dans les rapports sexuels où elles étaient toujours extrêmement pénibles.

Après cinq ans de mariage, son mari succomba en quelques jours à une affection aiguë de poitrine. Bien qu'elle l'estimât à tous les points de vue, et qu'elle eut toujours vécu avec lui en conformité de goûts et d'idées, bien que sa mort la laissât pour un temps au moins dans une situation difficile, elle reconnait qu'elle éprouva une sorte de soulagement, tant était pénible l'angoisse des rapports sexuels.

Elle se voua à l'éducation de sa fille, et les soins quelle en prit l'aidèrent à résister à ses obsessions sexuelles, et un désir constant d'introduire un chien chez elle. Cependant ces obsessions se sont reproduites avec une intensité variable et à des intervalles plus ou moins longs, à peu près constamment réveillées par la vue des chiens, pendant toute sa vie sexuelle : et elle a été sujette à des rêves spéciaux qui n'ont cessé que environ cinq ans après la

menstruation, à cinquante-six ans. Il n'existe pas de tare
mique grossière.

Il est à remarquer que, sortie de l'enfance, cette femme,
d'une perversion sexuelle grave, est restée dans la moralité
et a rempli ses devoirs de femme et de mère ; et on peut
sa moralité s'affirme dans le motif de ses aveux.

Sa fille qui avait été convulsive dans sa première enfa
présenté d'autres troubles névropathiques que des migrai
sorielles périodiques, a eu deux fils qui ont maintena
et dix-neuf ans et qui malgré l'absence de toute tare
paternel sont atteints de démence précoce. Chez tous les
masturbation a tenu une grande place dans le débu
déchéance : on peut la considérer comme un symptô
grand'mère y voit une cause, et elle tient à ce qu'on n'ac
sa fille d'une négligence d'éducation : c'est d'elle que
mal vient.

Ce fait est remarquable par plusieurs circonsta

1° L'éveil de l'anomalie par une double excitation acci
qui met en jeu l'instinct sexuel à un âge précoce. L
tion concomitante des parties génitales et de la bouch
voqué une synesthésie qui persiste et est mise en acti
tard par la simple représentation. Cette circonstance p
mettre de considérer la perversion comme acquis
peut admettre qu'une telle acquisition nécessite une
individuelle ; elle montre pourtant qu'en bonne hyg
doit éviter les chances d'irritation des organes génit
les enfants, si peu sexuelle que l'irritation puisse pa

2° La capacité de la résistance au désir de la sati
de l'instinct perverti, montre bien que la discipli
avoir une action sur les perversions sexuelles comm
autres.

3° Le développement de la synesthésie génito-mame
sous l'influence de la vue du chien indique bien pou
gravité de l'intoxication psychique.

4° Il est des cas dans lesquels on peut rapporter les
nerveux de l'enfant aux orages sensoriels provoqué
synesthésie génito-mamelonnaire de la nourrice ; mai
tion de cause à l'effet est au moins douteuse dans celu
second enfant élevé par une nourrice normale, a ce
eu aussi des convulsions et a donné naissance à des
tarés.

REVUE CRITIQUE.

Dernières conceptions et définitions de l'hystérie ;

Par le Dr ALBERT CHARPENTIER

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

M. Bernheim a fait paraître dans le *Bulletin Médical* (n° du 8 novembre 1902) un article intitulé : *Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie.* Une année auparavant, le 7 novembre 1901, M. Babinski proposait à la *Société de Neurologie* de Paris une *Définition de l'hystérie*[1] qui fut reproduite dans plusieurs journaux. En même temps que la définition qui synthétise dans une formule les attributs distinctifs et exclusifs appartenant à cette entité morbide, l'auteur émettait nécessairement une conception et une étiologie. Nous devons ajouter que les notions émises par M. Babinski sur l'hystérie ont dû paraître définitives à ses collègues de la Société puisque, depuis cette époque, aucun d'entre eux n'a élevé de critiques ni proposé une autre définition.

C'est parce que M. Bernheim (de Nancy) a émis récemment, dans l'article auquel nous faisons allusion une conception de l'hystérie qu'il qualifie de nouvelle, que nous avons cru intéressant de comparer ces deux travaux, chacun d'eux avec les travaux antérieurs des auteurs respectifs et de rechercher si le plus récent, celui de M. Bernheim, apporte sur la question des idées nouvelles, contradictoires ou complémentaires. Le travail de M. Babinski ayant des droits d'aînesse c'est par son étude que nous commencerons.

[1] Voir « Extraits des comptes rendus des séances de la Société de Neurologie de Paris (Masson et Cie éditeurs).

I. Avant de définir l'hystérie qui est une entité, l'auteur cherche à définir les manifestations morbides que les neurologistes, d'un commun accord clinique, appellent *hystériques*. Il a essayé de trouver quel est, parmi les diverses manifestations dites hystériques, le caractère propre, appartenant à toutes et n'appartenant qu'a elles. Il a procédé comme un physicien qui, voulant définir le mouvement, commence par définir les corps qui se meuvent. De cette manière, M. Babinski a été amené à passer en revue, indirectement et en cours d'analyse, les différentes conceptions que les auteurs se sont faites de l'hystérie. Résumant dans une phrase, les nombreuses définitions antérieurement données, il a montré que « les troubles fonctionnels et mentaux capables d'être provoqués par des causes psychiques ; de se succéder chez les mêmes sujets ; troubles ne retentissant pas gravement sur la nutrition générale ni sur l'état mental des malades... » ne contenaient pas — quoique dits hystériques — le caractère nécessaire et suffisant à toute définition : appartenir en propre à l'hystérie et n'appartenir qu'à elle.

La logique scientifique nécessitait une autre définition. Poursuivant son étude de classification comparée comme un anatomiste opère la séparation des tissus, l'auteur arrive à se convaincre que la suggestion renferme la clé du problème. Le caractère qui définit la manifestation hystérique *c'est la possibilité d'être reproduite par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.*

Comme définir ne consiste pas seulement dans la substitution d'un mot à un autre, dans la réalisation d'une abstraction verbale, l'auteur s'explique sur le sens qu'il attribue aux mots *suggestion* et *persuasion*. Ce sens, il le prend dans le Dictionnaire de Littré avec l'acception pleine, étymologique. *Suggestion* implique quelque chose de nuisible, de déraisonnable dans l'acte que l'on veut faire accomplir à autrui ; *persuasion* au contraire, sous-entend que l'acte à accomplir est en harmonie avec la réalité, avec le bon sens.

Dire à quelqu'un de bien portant que son bras droit se paralyse, qu'il est paralysé, c'est opérer une *suggestion* car c'est faire accomplir à quelqu'un de sensé une chose dérai-

sonnable. Déclarer à un malade atteint de monoplégie psychique que sa paralysie va disparaître dans quelques instants sous l'influence de sa volonté rééduquée, c'est guérir par *persuasion*, car c'est faire accepter par autrui une idée éminemment raisonnable et en harmonie avec la réalité.

On voit que l'auteur, pour être précis dans un ordre d'idées qui commandera des conclusions logiques, a distingué la suggestion de la persuasion — d'accord en cela avec le langage populaire —, bien que le vocabulaire médical emploie souvent ces deux mots l'un pour l'autre. M. Babinski, par la définition qu'il donne des manifestations hystériques, les fait rentrer au point de vue de l'étiologie et du mécanisme dans le domaine des phénomènes psychiques (ou mentaux) puisqu'il les subordonne d'une manière intime à la suggestion ou auto-suggestion et à la persuasion, phénomènes mentaux. Il y a plus : par sa définition, l'auteur distingue nettement les manifestations hystériques d'avec d'autres manifestations, également mentales, comme les troubles neurasthéniques, les phobies, la maladie du doute, les délires conscients... qui précisément ne sont pas, ainsi que les premières, susceptibles d'être reproduites avec rigueur et de disparaître complètement par persuasion.

Si nous insistons sur cette conséquence de la définition c'est que, dans la dénomination des phénomènes mentaux, il règne chez la plupart des auteurs une confusion regrettable. Beaucoup emploient indifféremment les qualificatifs : hystérique, psychique, fonctionnel, comme s'ils s'équivalaient. Une crampe des écrivains est une maladie fonctionnelle. On ne peut pas dire que c'est une manifestation psychique ni hystérique. La maladie du doute est un trouble mental ou psychique (ces deux mots étant synonymes, l'un latin, l'autre grec), mais ce trouble n'est pas hystérique. Le spasme musculaire qui accompagne certaines affections organiques (Rétrécissements de l'urèthre, de l'œsophage, etc...) est un trouble fonctionnel, mais non mental ni hystérique. Ces exemples, que nous pourrions multiplier, ne sont que l'illustration clinique de la définition émise par l'auteur puisque ces diverses affections, distinctes les unes des autres, le sont aussi des troubles hystériques comme n'étant pas *susceptibles d'apparaître par suggestion chez certains sujets et de disparaître entièrement par persuasion.*

Il va sans dire que si la définition de l'hystérie vaut pour distinguer entre eux les accidents psychiques, elle vaut *a fortiori* pour différencier les manifestations purement mentales des manifestations par lésions organiques. Des phénomènes tels que l'exagération unilatérale d'un reflexe tendineux, l'abolition du reflexe pupillaire à la lumière, l'hypotonicité musculaire, la fièvre continue [1], etc., phénomènes qui ne sont pas psychiques ne peuvent appartenir à l'hystérie. Cette énonciation qui paraîtra évidente et banale est loin d'être en harmonie avec l'opinion de tous les auteurs classiques, avec toutes les observations publiées sur les phénomènes « hystériques » et sur les guérisons pas suggestion (lisez persuasion).

Après avoir ainsi défini les accidents hystériques, l'auteur s'occupe de l'hystérie elle-même.

L'hystérie en puissance, *potentielle*, l'hystérie sans manifestation est une entité, une abstraction.

L'auteur la définit « un état d'esprit en vertu duquel on est apte à présenter des manifestations hystériques » et par conséquent, en remplaçant « manifestations hystériques » par leur définition : *L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner, d'être suggestionné et d'être guéri sous l'influence exclusive de la persuasion.*

Il est une forme de la persuasion qui joue un grand rôle dans la thérapeutique des manifestations hystériques : c'est l'hypnotisme.

M. Babinski, dans un travail ancien, développant l'opinion de son maître Charcot, avait déjà montré les relations de nature qui unissent l'hypnotisme et l'hystérie — contrairement à l'opinion soutenue par l'école de Nancy et en particulier par M. Bernheim,

L'auteur reprend cette fois avec précision la définition de l'hypnotisme : « C'est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve susceptible de subir la suggestion d'autrui. Il se manifeste par des phénomènes que la suggestion fait naître, que la persuasion fait disparaître et qui sont *identiques* aux accidents hystériques. »

[1] Voir Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et hystérique, par Babinski (Extrait de la *Gazette des Hôpitaux* des 5 et 8 mai 1900. Imprimerie Levé).

En somme, entre l'hystérique et l'hypnotisé il n'y a pas une différence de nature ; un seul point les sépare : l'hystérique est actif (auto-suggestion) tandis que l'hypnotisé est passif (suggestion et persuasion d'autrui).

II. Reportons-nous dix ans en arrière et relisons les travaux de M. Babinski qui ont pour titres : *Hypnotisme et Hystérie*[1]; *Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections*[2]; *Contractures organique et hystérique*[3]; *Paralysie faciale hystérique*[4], etc...

Dans tous ces travaux on constate chez l'auteur la préoccupation constante de trouver par l'examen objectif des manifestations morbides les caractères ressortissant en propre aux maladies organiques du système nerveux et les caractères positifs ou négatifs qui appartiennent à l'hystérie.

L'auteur, tout en admettant avec Charcot que l'hystérie est la grande simulatrice, cherchait par l'analyse minutieuse des symptômes à prouver que l'hystérie simule grossièrement, pour qui n'y regarde pas de près, mais qu'avec un marteau-percuteur, une aiguille, une bobine à courants faradiques et un peu de patience, on peut, le plus souvent, dépister la nature hystérique d'une manifestation.

L'auteur se faisait déjà de l'hystérie la conception que nous venons de résumer. Dans le travail sur les « Contractures organique et hystérique » l'auteur rejette en partie l'opinion de Richer qui place la contracture organique sous la dépendance d'une lésion du faisceau pyramidal *et la contracture hystérique sous la dépendance d'un trouble fonctionnel de ce faisceau.* M. Babinski énumère les raisons qui lui font penser que la contracture hystérique est identique à une contraction volontaire prolongée. Nous citons cet exemple important pour bien montrer que l'auteur, depuis dix ans déjà, considère l'hystérie comme un état psychique particulier, le plus souvent comme un trouble de la volonté

[1] *Hypnotisme et Hystérie* (1891), G. Masson, édit.

[2] *Association de l'Hystérie avec les maladies organiques...* etc. (1892) G. Masson, édit.

[3] *Contractures organiques et hystériques* (1893), G. Masson, édit.

[4] *Paralysie faciale hystérique* (1892), G. Masson, édit.

et de l'imagination, mais jamais comme une infect
une intoxication localisée fonctionnellement et capa
produire des manifestations extraordinaires, des par
et des contractures en tous points semblables à cell
sont créées par des lésions encéphaliques ou médullai

Jamais l'hystérie ne fera une paralysie radiale ave
servation de la contraction du long supinateur,
l'intoxication saturnine en réalise couramment.
l'hystérie ne réalisera une paralysie spasmodique avec
tinence des matières, incontinence d'urine, exagérati
réflexes rotuliens, achilléens, épilepsie spinale lé
etc... Et nous prenons à dessein un exemple où les
tômes produits par la lésion médullaire ont un
d'exagération presque dramatique. Comparons av
paraplégie hystérique : La démarche est bizarre, tit
avec fracas, l'incontinence d'urine, si elle existe, n'a
caractère de régularité dans l'échappement, l'incont
des matières fait défaut (parce que rarement l'hyst
consentira à n'être pas propre) les réflexes tendineu
normaux, etc.

Parmi les travaux de l'auteur à cette époque il en e
sur lesquels nous devons insister particulièrement
qu'ils ont une importance doctrinale. Le premie
« *l'Association de l'hystérie avec les maladies organiq*
névroses et diverses autres affections ». Avec Charco
teur montre que « l'hystérie est une des affections l
répandues et que bien peu d'individus, selon lui, ne p
dans certaines circonstances en subir les atteintes
une névrose qui s'associe aux maladies les plus diver
il cite : une observation d'hémiplégie avec paralysi
trice organique (contracture, exagération des ré
épilepsie spinale, etc.) et *hémi-anesthésie sensitivo*
rielle hystérique (guérison rapide de l'hémianesthé
l'application d'un aimant) ; une observation de pa
faciale consécutive à une fracture du rocher, *asso*
l'hystérie (troubles locomoteurs, démarche ébrieus
tiges. Disparition des troubles hystériques sous l'in
de la suggestion), etc...

Ce travail sur les associations hystéro-organiques
valeur l'intérêt qui s'attache au relevé détaillé des ob
tions, à l'analyse minutieuse des phénomènes, et a

gnostic « en série morbide » permettant seul de vérifier si tous les symptômes observés sont justiciables de la même interprétation. De cette manière, on dépiste la part hystérique surajoutée et on interprète avec d'autant plus de justesse les guérisons obtenues que celles-ci paraissent plus merveilleuses.

Le deuxième travail est intitulé : *Hypnotisme et hystérie, du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique.* Ici, l'auteur réfute les idées de l'École de Nancy sur l'hypnotisme, la suggestion, idées soutenues particulièrement par M. Bernheim. Pour ce dernier, nous le savons déjà, l'hypnotisme est un état physiologique, comme le sommeil naturel. M. Babinski démontre 1° par l'analyse comparative des manifestations hystériques et des manifestations hypnotiques, qu'elles sont identiques ; 2° que le sommeil hypnotique — à moins que l'on ne joue sur le sens des mots — n'est pas obtenu chez tout le monde, tant s'en faut ; 3° que la suggestion hypnotique, absolument comme la persuasion à l'état de veille (procédé plus ancien) ne guérit complètement que les manifestations hystériques ; 4° que, parmi les cures citées par M. Bernheim dans ses deux livres et obtenues par la suggestion, la plupart se rapportent à l'hystérie et que, pour les autres (maladies non hystériques) le diagnostic, non seulement n'est pas scientifiquement établi mais paraît, à la seule lecture, devoir être réformé.

III. M. Bernheim, dans son récent travail, donne de l'hystérique la définition suivante : Un hystérique est un sujet qui a un *appareil hystérogène* très développé et facile à émouvoir. Cette substitution des mots « appareil hystérogène » au mot « hystérique » dans l'espoir d'une définition rappelle un peu celle qu'un médecin donna jadis de la vertu dormitive de l'opium.

Après cette définition, l'auteur montre que l'hystérie est souvent associée à la neurasthénie, à la mélancolie, à la confusion mentale, à l'anxiété nerveuse. M. Bernheim paraît avoir à cœur de faire un diagnostic différentiel précis, de dégager ce qui est organique et ce qui est hystérique : « Le clinicien saura par une étude approfondie, démêler cet écheveau symptomatique, complexe, et savoir ce qui est primitif, ce qui est consécutif. Il n'attribuera pas à l'hysté-

rie, par exemple, tout l'ensemble des manifestations présentées par un hystérique... L'hystérie peut n'être qu'une manifestation secondaire greffée sur la neurasthénie primitive ou sur la mélancolie primitive » (*Bullet. méd.*, page 938). Et l'auteur, après avoir parlé, à propos de l'anorexie nerveuse, « d'une *psychose d'évolution* qu'il croit infectieuse, comme la chlorose, l'ostéomyélite, la chorée » et après avoir dit que « le fond de cette maladie est psychique mais que la suggestion cependant ne supprime pas l'anorexie, » insiste sur la part que la suggestion peut enlever dans les psychoses : « dégager l'élément psychique auto-suggestif, ramener la maladie à ce qu'elle est réellement. Je devais insister sur cette distinction dont la méconnaissance est grosse de déceptions pour tous ceux qui manient la thérapeutique suggestive ». (*Bull. méd.* p. 938).

N'avons-nous pas déjà vu les mêmes idées dans les leçons du mardi de Charcot et dans le travail précédemment cité sur « *l'Association de l'hystérie avec les maladies organiques, les névroses, et diverses autres affections* » ? Dans tous les cas, combien l'auteur est loin de ses affirmations anciennes, loin de cet optimisme curateur que l'on trouve en tête de chaque observation clinique dans les deux livres qui ont pour titre *De la suggestion* (1886) et *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie* (1891).

Pour ne parler que du dernier, l'auteur a groupé les observations de malades guéris par la suggestion hypnotique de la façon suivante : 1° observations de névrose traumatique ; 2° observation d'hystérie convulsive ; 3° troubles hystériques divers ; 4° observations de CHORÉE ; 5° observation de TÉTANIE ; 6° observation de névroses génitales ; 7° observation de névroses psychiques ; 8° alcoolisme ; 9° AFFECTIONS NEURASTHÉNIQUES ; 10° observation de nervo-arthritisme ; 11° observation de troubles menstruels ; 12° névralgies ; 13° RHUMATISMES ; 14° AFFECTIONS SPINALES ; 15° Troubles liés à des affections organiques diverses ; 16° troubles menstruels ; 17° observation de suggestion par métallothérapie et magnéto-thérapie.

Sur les 208 observations relatées et étiquetées par M. Bernheim lui-même, il n'y en a que 32 sous la dépendance de l'hystérie. (Nous avons souligné les affections nettement organiques qui, d'après l'auteur, auraient guéri

par suggestion). L'auteur, à cette époque, prétendait non seulement hypnotiser tout le monde, mais encore guérir des affections très diverses, qu'il n'appelait pas *hystériques*, par la suggestion. Nous ne reprendrons pas une à une les observations publiées dans ces deux volumes, mais nous rappellerons les lignes que M. Bernheim écrivit à propos d'une affection, étiquetée cérébelleuse (Obs. CII : Psychothérapie) et dont certains symptômes, non des moindres, guérirent par les aimants : « N'est-ce pas une « chose étrange et presque merveilleuse de voir une affec- « tion aussi grave, des symptômes aussi complexes, de la « titubation et un vertige datant de plus de sept ans qui « avaient résisté aux traitements les plus énergiques, céder « *en quelques heures* à l'application d'un morceau de fer « aimanté ? » Il faut s'étonner que ce procédé si simple pour guérir les affections cérébelleuses n'ait pas obtenu plus de faveur de la part des neurologistes... et des malades.

Revenant à son récent travail, nous constatons que l'auteur a sensiblement modifié ses idées, mais nous ne voyons pas que sa conception soit nouvelle.

« La chorée n'est pas hystérique, mais hystérogène », écrit-il, page 939. Ce qui veut dire que l'hystérie peut s'associer à la chorée de Sydenham, comme elle s'associe à l'épilepsie, au tabes, à la sclérose en plaques [1], etc...

Dans les pages qui suivent, l'auteur démontre par des exemples multiples, dont quelques-uns empruntés à son livre, l'association de l'hystérie aux maladies organiques du système nerveux (Epilepsie et hystérie ; angine de poitrine vraie et fausses crises ; tabes et hystérie, etc...). Nous répétons que cette énonciation réitérée de faits exacts et connus ne constitue pas une « conception nouvelle » de l'hystérie. L'auteur, étudiant ensuite plus particulièrement l'étiologie, donne une place importante au traumatisme. Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler que c'est à Charcot que revient l'honneur d'avoir démontré et magistralement décrit l'hystéro-traumatisme, que l'on a appelé à tort depuis « la névrose traumatique ».

L'auteur, à propos des hystéries dites toxiques ou infec-

[1] Cas de Charcot, Raymond, Mathieu, Séglas, Babinski, Souques, Oppenheim, Remack, Bernhardt, Mendel, etc...

tieuses écrit: « L'hystérie n'est pas fonction de toxique ni de toxine; ce n'est pas non plus une maladie autonome; *c'est un appareil symptomatique dû à l'émotivité qui peut se greffer sur des états morbides divers* » (loc. cit., p. 941).

Peut-on dire cette fois que l'auteur ait défini l'hystérie d'une façon nouvelle ou même seulement complémentaire? Il serait facile de prouver que « tous les appareils sympto- « matiques dus à l'émotivité et pouvant se greffer sur des « états morbides divers » ne sont pas hystériques. Un diabétique, par exemple, qui à la suite d'une émotion présente l'appareil symptomatique de la mélancolie (refus d'aliments, idées bizarres, de suicide, etc.) ne peut être étiqueté « *hystérique* ». Cette définition pécherait donc au moins par ce caractère fondamental de ne pas énoncer des attributs appartenant en propre à l'hystérie et n'appartenant qu'à elle.

M. Bernheim termine son travail par ces mots: « Dans ce « court aperçu qui se complètera et s'éclairera par la lec- « ture de nos observations dont il constitue comme une « synthèse clinique, j'ai cherché à établir l'origine psychique « des crises d'hystérie générale et locale dans leurs nom- « breuses variétés » (l. c., p. 942).

Peut-être l'auteur généralisant, paraphrasant ces lignes, et assimilant à juste titre « l'origine psychique » et la sugges- tion, répondrait-il qu'il est de ceux qui ont depuis longtemps montré toute la valeur de la suggestion dans les manifesta- tions cliniques de l'hystérie et dans la thérapeutique.

Nous ne voudrions pas retirer à M. Bernheim la part active qu'il prit à propager la suggestion et la thérapeutique suggestive. Ce que nous lui reprochons, après beaucoup d'autres, c'est d'avoir étendu tellement la suggestion qu'il la trouve partout et d'avoir, par une généralisation verbale, confondu des choses de nature différente. « La suggestion est l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui », dit M. Bernheim dans son livre (p. 24). L'auteur confond suggestion et persuasion, suggestion et croyance. Le cerveau à qui l'on fait accepter l'idée de la réalité des rayons Roëntgen est-il suggestionné? Evidem- ment non. Il est persuadé ou convaincu. Pour être clair, on doit garder au mot suggestion son sens étymologique défavorable.

De l'étude comparative des travaux que nous avons passés en revue, il ressort, pour nous, que le récent travail de M. Bernheim ne justifie pas son titre, puisqu'il n'apporte pas une conception nouvelle de l'hystérie, mais une atténuation à certaines affirmations anciennes. Le travail antérieur de M. Babinski nous paraît justifier son titre. Il apporte une définition de l'hystérie que nous croyons nouvelle et surtout inattaquable, une véritable « *commune mesure* » à laquelle les auteurs seront forcés de se reporter pour juger — en présence d'un complexus difficile ou nouveau — s'il doit ou non être dénommé hystérique[1].

ENSEIGNEMENT.

La clinique psychiatrique de l'Université de Giessen (Grand-Duché de Hesse).[2];

PAR M. LE Dr PAUL SÉRIEUX,
Médecin en chef de la Maison de santé de Ville-Evrard.

En 1835, le professeur de psychiatrie F. v. Ritgen proposa la fondation d'un hôpital destiné aux aliénés curables et qui devait être annexé à l'Université de Giessen; son projet, bien qu'approuvé par une des Chambres du Grand-Duché de Hesse ne put être mis à exécution. Un nouveau projet fut soumis aux Chambres en 1845; on n'enseignait alors la psychiatrie que dans les deux Universités de Berlin et de Greifswald. Wolff demanda au Parlement « la construction d'un établissement universitaire autonome pour les aliénés curables »; il proposait une clinique de 50 à 60 lits, et insistait sur l'utilité de l'enseignement des maladies mentales. La solution fut encore ajournée. En 1848, la Faculté de médecine intervint, sans pouvoir faire aboutir le projet, malgré de longues discussions.

[1] M. le professeur Grasset (de Montpellier) vient de faire paraître un livre intitulé « l'Hypnotisme et la suggestion », dans lequel il expose une théorie de l'Hystérie et de la Suggestion basée sur un schéma des fonctions cérébrales : le Centre O et le Polygone. Nous essaierons prochainement de passer en revue cet ouvrage.

[2] Voir P. Sérieux, *les Cliniques psychiatriques des Universités allemandes*. Archiv. d. Neurologie 1900-1901, nos 57, 59, 60, 61, 63.

En 1878, la Faculté émit un nouveau vœu en faveur de la création à Giessen d'un institut psychiatrique. Ce n'est qu'en 1890 que la construction de la clinique commença.

Le plan primitif de Ludwig, directeur de l'asile de Heppenheim, a dû être modifié sur les indications du professeur Sommer, qui fut nommé directeur de la clinique au moment où les constructions commençaient à s'élever. La plus utile de ces modifications fut la suppression des galeries couvertes prévues pour relier les différents pavillons. Cette disposition, qui devait si heureusement transformer la physionomie de la clinique, eut aussi pour résultat une économie de 190 000 francs.

La construction des bâtiments a nécessité une dépense de un million de francs. L'ameublement, les appareils ont coûté 150 000 francs. Le prix de revient du lit est de 11 000 francs.

L'inauguration de la clinique de Giessen eut lieu en 1896[1].

Avant d'aborder la description détaillée des divers pavillons qui composent la clinique de Giessen, nous résumerons les caractéristiques de cet établissement.

Nombre peu élevé des malades (80 à 100 lits).

Proportion relativement considérable du nombre des pavillons (huit pour 80 à 100 malades).

Absence de galeries couvertes.

Différenciation de chaque pavillon avec adaptation spéciale à la catégorie de malades qu'il doit recevoir.

Multiplicité et organisation très complète des salles de surveillance continue avec installation de baignoires, lavabos, water-closets dans les salles mêmes.

Installation de chambres d'examen clinique à proximité des salles de surveillance.

Proscription des moyens de contrainte (restraint) et des *moyens de sûreté*, tels que murs, grilles, (sauf, pour ces dernières, dans le pavillon d'isolement).

Emploi presque exclusif de l'*alitement* et du *traitement par les bains prolongés* dans les accès d'agitation.

Proscription de l'isolement cellulaire.

Connexion étroite des salles de surveillance continue avec les locaux destinés aux agités.

Logements des médecins situés à proximité des salles de surveillance continue (la surveillance et l'assistance médicales devant être aussi rapprochées que possible des malades qui en ont le plus besoin).

Installation téléphonique très complète.

Eclairage électrique.

[1] La Faculté de médecine de Giessen compte 17 Professeurs et Privat-Docenten et 149 étudiants.



Chauffage central (vapeur à basse pression).

Distribution d'eau froide (de source) et d'eau chaude à volonté dans chaque pavillon, d'où possibilité de traiter facilement par les bains tièdes les agités et les sujets atteints d'eschares.

Abondance des locaux pour les recherches scientifiques et pour l'enseignement psychiatrique (laboratoires de psychologie pathologique et autres).

Proportion considérable du personnel médical et des infirmiers (un infirmier pour 2,5 à 3 malades; cinq médecins pour 80 à 100 malades).

Installation de la clinique.

PLAN D'ENSEMBLE. — La clinique de Giessen (*Psychiatrische Klinik zu Giessen*) est située à l'extrémité Sud de la ville. Le terrain d'assiette est rectangulaire ; les plus grands côtés sont orientés vers le N.-E. et le S.-O. La superficie en est de 26,189 mètres carrés; la superficie des constructions est d'environ 3,780 mq.

La clinique est complètement isolée, point important pour un établissement psychiatrique. Non loin s'élèvent le nouvel institut d'hygiène, les autres cliniques (de gynécologie, de médecine interne, d'ophtalmologie, de chirurgie), l'Institut d'anatomie pathologique. C'est là une disposition que nous avons rencontrée dans un grand nombre de villes universitaires d'Allemagne et de Russie, où cliniques et instituts divers, placés à proximité les uns des autres, tout en restant complètement indépendants, forment un quartier universitaire. On apprécie fort, dans ces villes, les avantages multiples de ce groupement des différents Instituts universitaires dans le même quartier; les étudiants peuvent ainsi, sans perte de temps, suivre les différents cours cliniques. Ajoutons que ces cours n'ont pas lieu, comme à Paris, tous à la même heure.

En outre, cette proximité des divers établissements universitaires a pour avantage de permettre de transférer les malades des autres services hospitaliers à la clinique psychiatrique et réciproquement, dans les meilleures conditions. Cette situation de la clinique est encore très favorable au point de vue de l'enseignement; elle permet, en effet, aux étudiants de fréquenter le service en dehors des heures de cours et de se familiariser — comme on le fait dans les cliniques d'accouchement — avec diverses manifestations pathologiques (ictus de la paralysie générale, délires épileptiques), qui ne peuvent qu'exceptionnellement être présentées aux heures des leçons. La faculté accordée aux étudiants de suivre les malades en dehors des heures de cours est de nature, dit M. Dannemann, à leur donner des notions plus précises sur les troubles psychiques et à graver plus profondément dans leur esprit les faits dont ils ont déjà été témoins à la salle des conférences.

Des *jardins* de la clinique, on jouit d'une belle vue sur les bois et les ruines de la vallée de la Lahn.

Les plantations ont été l'objet de soins tout particulier : elles s'étendent jusqu'aux limites du terrain ; du côté de la façade, elles sont séparées de la rue par une grille légère ; sur les autres côtés, la clôture n'est formée que par un léger grillage de $1^{m}50$ de hauteur. Grâce à ces modes de clôture, l'impression est des plus agréables ; rien ne vient limiter la vue et donner le sentiment de la privation de la liberté.

Le parc est traversé par de larges avenues disposées de façon que l'entrée de chaque pavillon est précédée d'un bosquet de sapins. Ce bouquet d'arbres sert à isoler chaque pavillon au point de vue optique, en même temps qu'il est utilisé par les malades autorisés à se promener dans le parc, qui peuvent venir se reposer sous des berceaux de verdure ombreux.

Les malades des pavillons de tranquilles (pavillon nº II) ont la jouissance des jardins d'agrément situés des deux côtés du jardin potager, derrière les pavillons, et dans lesquels se trouve une butte artificielle. Les pensionnaires ont à leur disposition exclusive le jardin qui entoure leur pavillon ; on y accède par un escalier latéral. Les quartiers d'agités de chaque sexe possèdent un jardin entouré d'un mur ; on a évité tout ce qui aurait rappelé les « préaux d'agités » des anciens asiles ; des pelouses, des plantations, des vérandas, des meubles de jardin ornent et égayent ce jardin d'agités ; rien n'y rappelle sa destination spéciale à des aliénés.

Du côté S.-E. du terrain et dans le voisinage de la villa du professeur, les plantations sont plus fournies. Derrière le pavillon des agitées (femmes), se trouve une pépinière.

L'impression produite par l'ensemble des bâtiments de la clinique disséminés dans un parc, sans galeries couvertes reliant les pavillons entre eux, est des plus favorables. Les villas composant la division des hommes et celle des femmes sont symétriquement disposées autour du bâtiment principal et de la cuisine situés au milieu de la clinique ; mais on a cherché à masquer la symétrie au lieu de l'accentuer, comme dans la plupart des asiles anciens, par la rigidité et la monotonie des galeries couvertes ainsi que par l'uniformité des divers quartiers. Les pavillons de chaque division diffèrent, en effet, les uns des autres : comme ils ont chacun une fonction différente à remplir, on s'est bien gardé de les calquer tous sur le même plan.

Rien dans leur aspect qui donne l'idée d'un hôpital ou d'un asile d'aliénés ; ce sont des *villas* élegantes entourées de verdure et de bosquets, dont le toit en saillie et les motifs de décoration rappellent l'aspect extérieur des chalets suisses. Les jardins, nous l'avons vu, n'ont rien de commun avec les préaux de certains

asiles; ils ne sont pas clos, sauf le jardin des agités. Point de murs d'enceinte, mais une grille sur la rue, et, sur les autres côtés, une clôture insuffisante pour empêcher les évasions.

L'examen de l'aménagement intérieur des divers pavillons ne détermine pas une impression moins bonne que celle de la vue d'ensemble : lumière et air à profusion, grâce à des fenêtres très hautes et très larges; — propreté extrême, par l'emploi généralisé du linoléum; — bonne tenue du personnel; — organisation très complète de chaque pavillon, avec un souci extrême des moindres détails et des exigences spéciales auxquelles chacun d'eux doit satisfaire ; — installation excellente des salles de surveillance; — aménagements spéciaux pour le traitement par le lit, les bains de traitement; — absence des moyens de contention.

L'absence de galeries couvertes reliant les divers pavillons et bâtiments (galeries prévues par le plan primitif), n'a présenté aucun inconvénient; on n'a donc pas eu à regretter l'abandon du projet antérieur. La crainte avait été exprimée de voir le transport des aliments rendu difficile par suite de la dissémination des pavillons; cette appréhension n'était pas fondée. D'ailleurs, chaque pavillon possède un office-tisanerie avec appareil de chauffage au gaz et fours permettant de remédier à certains inconvénients. On n'a pas eu besoin d'avoir recours à des chariots spéciaux pour le transport des aliments.

La segmentation de chaque division d'hommes et de femmes en pavillons distincts n'a donc présenté que des avantages; l'expérience, dit M. Dannemann, prouve que, même pour un petit établissement, on doit adopter le système de la dispersion des pavillons, mais en tenant compte de l'augmentation du personnel nécessité par cette disposition. La physionomie des asiles conçus d'après ce plan est entièrement modifiée. Les malades, répartis par petits groupes suivant leurs affinités, n'exercent plus les uns sur les autres une influence fâcheuse; les altercations deviennent plus rares; l'isolement est de moins en moins employé; le contrôle médical s'exerce d'une façon active, non seulement par de courtes visites, mais par suite du logement des médecins dans les pavillons de malades.

Le nombre de ces pavillons est de huit : 4, situés du côté Est, sont destinés aux femmes; les 4 pavillons du côté Ouest aux hommes. Chaque pavillon est, dans chaque division d'hommes et et de femmes, affecté aux sujets des catégories suivantes :

1° Tranquilles. pensionnaires, malades cultivés;

2° Tranquilles ayant besoin d'une surveillance continue;

3° Agités;

4° Sujets à isoler. Aliénés criminels.

Entre les deux groupes de pavillons sont placés le bâtiment d'administration et d'enseignement et la cuisine. Isolée des services

de la Clinique, la villa du Professeur, de vastes proportions, est située à l'angle N. du terrain ; elle se trouve ainsi, conformément aux desiderata formulés par Jacobi, suffisamment éloignée des pavillons, mais assez près cependant pour faciliter au Professeur l'accomplissement de ses devoirs professionnels.

Tous les bâtiments sont construits sur des caves dont la hauteur au-dessus du sol varie de 1 mètre à 1 m. 50. A l'exception du bâtiment principal, ils possèdent un toit en saillie dans le genre de celui des chalets.

Batiment principal. — Ce bâtiment, élevé de deux étages, en façade sur la rue, sert à l'enseignement, aux recherches scientifiques et aux services administratifs. La partie médiane de la façade fait saillie en avant-corps. La face postérieure du bâtiment est munie de deux ailes de peu d'étendue ; à sa partie médiane se trouve l'escalier. L'entrée principale de la clinique, située entre la loge du concierge et celle d'un garçon de service, donne accès dans un vestibule de vastes proportions dont la voûte est soutenue par deux colonnes. Sur les murs trois médaillons en relief de Pinel, Conolly et Griesinger.

Dans le vestibule aboutissent de chaque côté deux larges corridors ; un escalier très large conduit au 1er étage. Les locaux du rez-de-chaussée situés dans la moitié droite du bâtiment sont réservés à la *policlinique* (consultations externes), à la *Bibliothèque* et au *Laboratoire d'anatomie*.

La « *policlinique pour les maladies mentales et nerveuses* » comprend une salle d'attente, une chambre noire pour l'ophtalmoscopie et une salle de consultations munie de tous les appareils nécessaires pour l'examen des malades : (appareils électriques pour courants constants et faradiques, instruments pour l'examen du sang, de la sensibilité, du fond de l'œil, des réflexes (appareil multiplicateur des réflexes du Professeur Sommer), pour la craniométrie, etc.)

Le laboratoire d'anatomie, situé dans l'aile postérieure, sert à la conservation des pièces anatomiques (cerveaux et moelle) ; il est utilisé en outre comme salle d'autopsie et possède sur le jardin une entrée spécialement réservée au transport des corps ; enfin, il sert de laboratoire clinique pour la Policlinique.

Dans le *sous-sol* sont situés la *lingerie*, les *salles de bains* du personnel médical et des employés, le magasin d'approvisionnement.

La moitié gauche du bâtiment principal comprend, au rez-de-chaussée, deux pièces servant de *bureaux administratifs* avec le poste téléphonique central, la salle à manger des assistants, un cabinet mis à la disposition des prêtres, et, dans l'aile postérieure, deux chambres pour le médecin assistant chargé de la division des femmes.

Le *premier étage* est presque exclusivement réservé aux besoins de l'enseignement et des recherches scientifiques. Les murs du vaste *corridor* qui occupe toute la partie postérieure du 1er étage sont couverts d'une collection de plans d'asile anciens et modernes, allemands et étrangers, qui montrent aux élèves les étapes successives de l'assistance des aliénés, depuis les couvents transformés en asiles jusqu'aux établissements à pavillons dispersés. On y voit encore des collections de photographies, de crânes, qui en font un véritable Musée psychiatrique.

Au milieu du bâtiment se trouve la *salle des cours* avec 50 places : chaque auditeur, commodément installé, a, à sa disposition une table mobile. Sur les parois de la salle, 40 planches d'anatomie cérébrale macroscopique. Dans la salle sont conservées les collections de préparations microscopiques, les photographies diapositives, les cylindres phonographiques. Le Professeur fait ses leçons placé sur une tribune, sur laquelle prennent place les médecins assistants. Il y a un appareil à projection (de Zeiss), qui sert aussi à la démonstration des microphotographies. Les projections photographiques sont très employées pour l'enseignement. En outre d'une série de coupes physiologiques et pathologiques des diverses régions de l'encéphale et de la moelle, M. Sommer possède une riche collection de types cliniques des diverses affections du système nerveux « de sorte qu'à l'occasion d'un cas spécial il peut faire passer devant les yeux de ses auditeurs les projections de tous les cas analogues qui représentent les diverses phases de la même maladie ou ceux d'autres formes voisines qu'il importe de connaître pour le diagnostic différentiel » (Ladame).

Sur le corridor de la moitié gauche du bâtiment donnent le *cabinet du Professeur*, une *salle d'attente*, l'*atelier du mécanicien* en chef (qui a aussi la surveillance de l'éclairage électrique), et enfin trois vastes pièces servant de *laboratoires psychophysiques*. L'énergie électrique nécessaire au fonctionnement de ces laboratoires est fournie par 6 éléments Meidinger et 4 Leclanché. La salle la plus grande renferme le matériel nécessaire pour les recherches sur les temps de réaction, sur les associations : chronoscope de Hipp avec son appareil de contrôle, un grand nombre d'instruments de psychophysique, d'appareils électriques. La seconde salle sert aux recherches sur les phénomènes psychomoteurs, surtout avec l'appareil de Sommer pour l'étude des manifestations motrices dans les trois dimensions. La troisième salle sert pour les recherches purement psychologiques : épreuves sur le calcul, les associations. Elle peut être mise en communication avec la première salle dans le cas où des examens psychométriques seraient utiles.

Sur la moitié droite du corridor s'ouvrent un grand *laboratoire* pour les travaux microscopiques, un vaste *atelier* de photographie,

et les deux chambres composant le *logement* du médecin assistant de la division des hommes.

L'étage supérieur (2e étage), mansardé, est occupé par des *magasins*, des dortoirs pour des employés.

PAVILLONS DES PENSIONNAIRES. — Ces deux pavillons, qui portent le n° I (un pour chaque sexe), sont tout à fait symétriques. Ils possèdent des locaux pour 12 à 15 pensionnaires de 1re et de 2e classe, tranquilles et sociables. On y met aussi certains malades de 3e classe qui par leur éducation, leur culture, sont mieux à leur place dans ces pavillons qu'avec des indigents. La situation tout-à fait isolée de ce pavillon favorise les admissions de malades « *nerveux* » qui entrent facilement de leur propre volonté à la Clinique dès qu'ils sont assurés de ne pas être confondus avec les aliénés. La façade du bâtiment donne sur le parc ; la partie postérieure sur la rue. Ces pavillons ont été conçus sur le plan d'un quartier « ouvert ». Chacun d'eux est pour ainsi dire double : il est formé par la réunion de deux villas primitivement séparées sur un plan antérieur. Ces deux villas ne sont unies que par un passage au rez-de-chaussée; les caves, le premier étage, le grenier sont complètement séparés. Chaque moitié de ces pavillons jumeaux possède, dans son entrée spéciale, sa véranda, son escalier, ses lavabos, salles de bains, water-closets.

La moitié Est est meublée et aménagée d'une façon moins luxueuse que la partie Ouest. Celle-ci possède un salon avec une bibliothèque, une salle à manger, six chambres à un lit et des chambres pour le personnel. Dans la moitié Est, deux chambres particulières du premier étage sont remplacées par une chambre à 3 lits.

Dans tous les locaux des pavillons, les parquets sont recouverts de linoléum, sauf les salles de bains, les lavabos, les closets qui sont dallés.

Le mobilier des chambres de pensionnaires se compose d'un lit, d'une table de nuit, d'une armoire, d'une étagère, de sièges en bois courbé, de chaises-longues, d'une table de toilette, etc. Les fenêtres ne sont pas munies de grilles; elles possèdent des volets intérieurs que les malades peuvent manœuvrer à leur guise et qui ne servent qu'à les protéger contre le soleil.

L'examen du plan du rez-de-chaussée de la moitié droite du pavillon montre que tous les aménagements nécessaires à une section de surveillance y sont réalisés. Il suffit de fermer la porte qui fait communiquer le corridor avec l'autre moitié du pavillon, pour transformer, au cas où la présence de malades à idées de suicide l'exige, le rez-de-chaussée de la moitié droite en quartier de surveillance possédant une salle de jour (le corridor), deux chambres de pensionnaires pour 2 et 8 lits chacune, communi-

quant directement avec une salle de bains et les closets, et en relation téléphonique avec le médecin de la division.

Pavillons de tranquilles. — Les deux pavillons (n° II) de tranquilles (hommes et femmes) sont également superposables. Ils n'ont qu'un rez-de-chaussée et sont destinés à servir de pavillons de traitement et de surveillance pour 12 à 15 malades tranquilles, déprimés, ou à idées de suicide. Un vestibule spacieux conduit à un corridor transversal auquel aboutit, à angle droit, un autre corridor moins large, sur lequel s'ouvrent l'office-tisanerie, la salle de bains, une salle contenant water-closets et lavabos.

Le corridor transversal conduit à droite et à gauche, dans les deux grandes salles du pavillon. Celle de gauche, d'une contenance de 250 mètres carrés, avec 7 à 8 lits, sert de *salle de surveillance continue* pour le traitement par le lit; celle de droite, dont les dimensions sont les mêmes, est divisée en deux parties par une balustrade surmontée d'une sorte de paravent, formant une séparation de 2 mètres de haut et servant avec l'aide d'une portière à isoler optiquement les deux parties de la salle : l'une sert de *dortoir pour les convalescents* (6 lits), l'autre de *salle de jour* pour les hommes, d'atelier de couture pour les femmes. Un des lits du dortoir est réservé à un infirmier.

Les deux grandes salles en question reçoivent la lumière de trois côtés; la ventilation est parfaite. La salle de surveillance possède une baignoire roulante, des water-closets, des lavabos. Éclairage à l'aide de lampes électriques placées au plafond et dans les angles.

Le pavillon comprend encore une chambre pour une infirmière (qu'on peut appeler en cas de besoin, pendant la nuit, de la salle de surveillance, à l'aide d'un signal électrique), une chambre pour un malade convalescent, une chambre pour un médecin assistant ou stagiaire, qui est ainsi à même de contrôler ce qui se passe dans le pavillon et de porter des secours immédiats en cas d'accidents. (Dans le pavillon de la division des femmes est logé le troisième médecin assistant; dans celui des hommes habite le médecin stagiaire).

Pavillons de surveillance continue pour agités. — Ces pavillons de surveillance continue (pavillons n° III) sont réservés aux malades agités, mais susceptibles néanmoins d'être traités par le repos au lit, et aux sujets qui cherchent à s'évader. Ils ne sont pas complètement superposables dans chaque division.

Chaque pavillon, à deux étages, possède 12 lits répartis au rez de chaussée et au premier étage.

Rez de chaussée. — On accède d'abord dans un corridor, dont le parquet est revêtu de linoléum; la lumière vient d'un autre cor-

ridor très bien éclairé qui conduit au pavillon d'isolement. A droite du corridor (pavillon des femmes) une grande salle de jour d'une capacité de 175 mètres carrés sert aux malades qui ne gardent pas le lit ; elle est éclairée par quatre fenêtres. A gauche, une vaste *salle de surveillance continue* occupe presque toute la profondeur du bâtiment. Le chiffre normal de ses lits est de 10 ; la capacité est de 300 mètres cubes ; la lumière vient à flots par 6 fenêtres de 1,70 m^2 de superficie. Les murs sont peints à l'huile sur une hauteur de 2 mètres ; le parquet est revêtu de linoléum.

Cette salle de surveillance continue a été aménagée d'une façon très intéressante en vue de sa destination spéciale et de l'application du traitement par le lit. Dans l'installation de cette salle on s'est inspiré de la pensée qu'il fallait, dans une station de surveillance psychiatrique, que le personnel eût sous la main tous les aménagements nécessaires pour traiter les malades (baignoires, lavabos. water-closets, etc.). De cette façon les infirmiers ne pouvaient être distraits de la tâche de surveillance qui leur incombe par la nécessité de se procurer au dehors l'outillage nécessaire. A l'aide d'une large portière on a, dans la salle de surveillance, séparé de la partie réservée aux lits, une sorte de vaste annexe (*Wachsaal-Toilette*) dans lequel se trouvent une baignoire mobile, deux lavabos, un évier, une chaise percée roulante. Une grande armoire renferme, en 3 placards distincts, du linge de corps pour le change des malades, des draps, des peignoirs, des vêtements de caoutchouc pour les infirmières baigneuses, certains médicaments non toxiques, les instruments, tels que : thermomètres, un petit arsenal pour les secours immédiats, bande d'Esmark, pince à corps étrangers, pièces de pansement, etc. Notons encore dans la salle de surveillance un certain nombre de tables spéciales pour le traitement par le lit.

L'éclairage électrique est obtenu par 7 lampes de 16 bougies : 2 au plafond, 4 dans les angles, à 2 mètres de hauteur. L'éclairage par des lampes situées dans les divers angles présente des avantages pour l'examen de certains malades (eschares) pendant la nuit. Des dispositions ont été prises pour éviter l'extinction subite de toutes les lampes électriques en cas de court-circuit.

La veilleuse de nuit peut appeler du renfort à l'aide d'un signal électrique.

Cet aménagement très complet nous paraît devoir être imité dans toutes les salles de surveillance continue. Grâce en effet à ces excellentes dispositions on a sous la main tout ce qui peut être utile soit pour le traitement habituel des aliénés aigus, soit pour parer aux accidents les plus à craindre : ni les infirmiers ni les malades n'ont de prétexte pour sortir de la salle. Aux fenêtres sont placées des jalousies qui se manœuvrent de l'intérieur de la salle, la

fenêtre restant fermée. Un mode de fixation spécial des jalousies permet, lorsque celles-ci sont baissées, de laisser les fenêtres ouvertes sans avoir d'évasion à craindre.

Le rez de chaussée du pavillon possède encore une salle de bains spacieuse pour les entrants, avec lavabos, une chambre d'infirmière, des water-closets et une *salle d'examen clinique*, où le médecin peut interroger individuellement chaque malade loin du bruit. L'examen du médecin est d'autant plus facilité que l'aliéné dissimule moins ses antécédents, ses idées délirantes, etc., lorsqu'il est seul avec le médecin que lorsqu'on l'interroge devant les autres malades et les infirmiers. En outre le médecin a sous la main tous les instruments qui peuvent lui être utiles pour l'examen clinique : appareil photographique avec lampe au magnésium, cinématographe, instruments de psychologie physiologique, graphophone, lampe pour pupilles, appareils électriques, instruments chirurgicaux, réactifs pour analyses chimiques. La salle d'examen comprend encore une table d'opération, des lavabos, des casiers pour les feuilles du service de surveillance, les feuilles de bains, d'attaques, de règles. C'est dans cette pièce qu'ont lieu également les petites opérations qui pourraient impressionner péniblement les autres malades : alimentation à la sonde, etc. Ces salles d'examen clinique, dit M. Dannemann, facilitent considérablement les rapports du médecin et du malade ; seules elles permettent au médecin d'entrer plus intimement en contact avec le patient ; elles suppriment enfin d'une façon complète la cause première de bien des inconvénients et de bien des troubles. Enfin, comme cette salle est utilisée pour la rédaction des observations, il en résulte que le contrôle du personnel de surveillance est assurée par la situation même de ce cabinet médical [1].

Le *premier étage* du pavillon est destiné aux sujets plus tranquilles qui ont besoin d'être surveillés plutôt dans le jour que la nuit, à ceux qui n'ont pas d'idées de suicide, ne sont ni dangereux ni insociables : tels sont certains paralytiques au début, certains paranoïaques, certains débiles. La disposition des locaux est la suivante : une salle de réunion, deux dortoirs dont l'un possède un lavabo, une salle de bains, des closets, le logement du surveillant en chef et deux chambres d'isolement donnant sur un vestibule spécial qui sert à amortir le bruit. Ces deux chambres sont destinées à des malades bruyants (ronfleurs), mais ne doivent pas être considérées comme des cellules pour sujets dangereux : les vitres sont d'ailleurs celles des autres locaux.

L'*étage supérieur* mansardé renferme un vestiaire et divers autres locaux.

[1] La maison de santé de Ville-Evrard possède, depuis 1897, des chambres d'examen analogues.

Pavillons d'isolement. — Ces pavillons (pavillons n° IV), à rez de chaussée seulement, sont mis en communication avec les pavillons n° III que nous venons de décrire par un couloir bien éclairé, assez court. Il est réservé aux malades agités et insociables. Le nombre de lits est de 7. Les desiderata d'un quartier de ce genre sont les suivants : bonne organisation de la distribution et de l'évacuation des eaux ; grand nombre de cabinets d'aisance ; ventilation soignée de tous les locaux : éclairage, naturel et artificiel, parfait, chauffage sans danger pour les malades, et assurant à toutes les pièces une température égale ; salle de bains ; installation pour le nettoyage des linges et vêtements souillés : élimination des aménagements rappelant la prison.

Le *sous-sol* du pavillon renferme une petite buanderie (chauffage au gaz).

Le corridor du *rez-de-chaussée*, en pente, est facilement nettoyé à grande eau à l'aide de deux postes d'eau. Sur le corridor donnent 4 chambres d'isolement, dont une réservée aux aliénés criminels, et une *salle de bains* qui communique avec une grande salle de 90 mètres carrés possédant trois lits destinés aux malades les moins agités (paralytiques et autres). Une chambre à coucher est affectée à une infirmière qui peut, en cas d'urgence, venir à l'aide de la veilleuse.

Les cellules ont environ 50 mètres carrés. Leurs parois sont peintes à l'huile jusqu'à une hauteur de 2 mètres. Le parquet est recouvert de linoléum. Les angles sont arrondis. Les fenêtres sont doubles : la fenêtre intérieure est au même niveau que le mur et les carreaux ont de 6 à 10 millimètres d'épaisseur ; la fenêtre extérieure ressemble aux fenêtres ordinaires. En dehors se trouvent des jalousies en bois et des grilles. Entre les deux fenêtres il y a des rideaux. Sur les quatre cellules, trois possèdent, ainsi que la grande salle, des water-closets dont l'effet d'eau peut être réglé par le personnel.

Tous les locaux de la section ont des doubles portes : la porte extérieure est massive ; la porte intérieure possède un judas et, à la partie inférieure, un grillage laissant passer l'air chaud qui vient d'une bouche de chaleur située entre les deux portes. Le malade ne peut ainsi ni voir ni atteindre la bouche de chaleur. Chaque cellule a une bouche de ventilation. L'éclairage électrique est défectueux en ce sens que les lampes électriques ne sont pas installées au plafond comme il conviendrait, mais au-dessus des portes. La salle de bains et la grande salle de surveillance et d'alitement sont mieux éclairées ; dans celles-ci, comme dans les autres salles de surveillance, des lampes électriques sont placées dans les angles.

La salle de bains possède une baignoire mobile, des lavabos et un appareil de chauffage à gaz grâce auquel on peut donner aux

malades des aliments et des boissons chaudes, même pendant la nuit; cet aménagement présente de grands avantages pour certains catatoniques qui, tantôt refusent, tantôt acceptent volontiers les aliments.

La cellule réservée aux aliénés criminels possède deux grilles, dont l'une protège la fenêtre et l'autre se trouve placée devant la porte. Cette disposition ne nous paraît pas devoir être imitée.

Ce pavillon d'isolement n'est pas un quartier cellulaire dans l'ancienne acception du mot : les malades y sont traités par le repos au lit, la porte de la cellule restant ouverte. Seul l'aménagement des grillages à la partie inférieure des portes (pour permettre le chauffage) ne nous paraît pas à recommander. D'ailleurs ce qui donne à ce pavillon le caractère d'un quartier de traitement en lui enlevant la physionomie d'un quartier cellulaire quasi-pénitentiaire, c'est l'existence d'une salle de surveillance assez spacieuse où l'on place les malades qui doivent garder le lit : sujets inconscients, paralysés dont on veut épargner la vue aux autres agités, mais qui ont besoin de soins assidus.

Le jardin de ce pavillon est entouré d'un mur, disposition qui n'existe pas dans les autres pavillons.

Cuisine. — Bâtiment à rez-de-chaussée seulement. Au *sous-sol* : magasins, salle de bains pour le personnel. Au *rez-de-chaussée*, logement de la cuisinière, laverie. Cuisine spacieuse. On n'a pas adopté la cuisson à la vapeur. Ventilation soignée. Deux salles de distribution des aliments.

Classement des malades. — La dispersion des pavillons est une source d'avantages considérables, quand le nombre du personnel médical et du personnel de surveillance est suffisamment élevé. Au lieu de voir les malades se nuire réciproquement par suite de la centralisation des quartiers, on constate que les sujets tranquilles bénéficient de la suppression d'impressions pénibles, optiques et acoustiques, qui ne peuvent leur être évitées dans les établissements construits sur un autre plan.

A ce point de vue, le classement des aliénés est organisé ainsi qu'il suit, à la clinique de Giessen, pour chaque division d'hommes et de femmes :

1° Salle de surveillance pour aliénés tranquilles et sujets à idées de suicide, avec *surveillance continue* (pavillon II, côté gauche).

2° Section pour malades tranquilles et convalescents de 3° classe (pavillon II, côté droit).

3° Section pour malades tranquilles de la classe moyenne (côté droit des pavillons jumeaux I).

4° Section pour pensionnaires tranquilles (côté gauche des pavillons jumeaux I).

5° Section pour malades demi-agités (1er étage des pavillons de surveillance continue, n° III).

6° Salle de surveillance pour malades agités mais non dangereux, *avec surveillance continue* (rez-de-chaussée du pavillon de surveillance n° III).

7° Salle de surveillance et section de surveillance (cellulaire) pour malades agités et violents *avec surveillance continue*. Une cellule pour aliéné criminel (pavillon d'isolement IV).

La clinique de Giessen, avec ses sept sections distinctes réparties dans quatre pavillons, pour chaque sexe, possède donc un quartier de classement de plus que n'en demande Flechsig pour une clinique psychiatrique. Le professeur de Leipzig réclame en effet sept quartiers, mais il en réserve un pour les maladies contagieuses. A Giessen la proximité du pavillon d'isolement pour contagieux de la clinique de médecine permet de se passer d'une installation de ce genre.

Il convient d'insister sur la grande extension donnée au *service de surveillance continue même pendant la nuit*. Il existe en effet, dans chaque division, trois salles de surveillauce continue, qui permettent de restreindre d'une façon considérable l'emploi des narcotiques.

Installations hygiéniques. — Le *cube d'air moyen* est, par malade, de 35 à 40 mètres. La *ventilation* est assurée par une canalisation qui part de la chambre de ventilation située dans le sous-sol et vient se terminer au-dessus du toit. En hiver quand la ventilation naturelle par les fenêtres est limitée, le renouvellement artificiel de l'air est activé par suite de communications établies entre la canalisation de la ventilation et les appareils de chauffage qui envoient de l'air chaud dans ladite canalisation. On a pris en outre des dispositions pour que l'air arrive avec un certain degré hygrométrique.

Chauffage central à la vapeur à basse pression. Installation des appareils dans le sous-sol du pavillon n° III des hommes. Six chaudières envoient la vapeur dans une canalisation souterraine. Dans les pavillons de malades les appareils de chauffage sont placés dans de grandes niches fermées du côté des corridors par des portes de fer. L'air des salles pénètre par des ouvertures situées à la partie inférieure et sort par les orifices supérieurs. Le chauffage est réglé à volonté.

Chaque bâtiment de la clinique possède dans le grenier un réservoir d'eau en communication avec la canalisation de vapeur qui lui cède sa chaleur. L'eau chaude est distribuée aux bains, aux lavabos et à l'office.



Eau. — La clinique est alimentée en eau de source par la distribution de la ville. Le nombre des postes d'eau des pavillons est considérable : 16 postes d'eau froide et 5 postes d'eau chaude dans le pavillon I, 18 postes d'eau froide et 6 d'eau chaude dans le pavillon III, etc.

Le *service des bains* a été particulièrement bien organisé. Chaque division a six salles de bains, sans compter les baignoires mobiles des salles de surveillance. Les salles de bains et les lavabos, sauf ceux des sections d'agités, sont dallées. Les baignoires sont en zinc, de forme elliptique. L'eau d'arrosage (jardins) est fournie par un certain nombre de fontaines.

Les *eaux usées* et *les matières fécales* sont entraînées par un système de canalisation dans six bassins filtrants situés sous le pavillon n° IV des hommes. Les liquides sont évacués dans l'égout; les matières solides sont enlevées plusieurs fois par an à l'aide d'appareils à vidange pneumatique. Tous les closets sont à effet d'eau avec siphon; les cuvettes sont en porcelaine ou en fer émaillé. Des précautions ont été prises pour prévenir l'obstruction de ces canalisations.

Eclairage. — La lumière électrique est fournie par une usine centrale qui distribue également la lumière aux autres instituts cliniques du voisinage. Les câbles sont placés à 2 mètres de hauteur au-dessus du plancher, dans les corridors et sont placés de façon qu'un court-circuit, au cas où il viendrait à s'en produire, ne puisse déterminer l'extinction de toutes les lampes d'un pavillon. Les interrupteurs font une saillie de 3 centimètres sur les murs; aucune disposition spéciale ne les protège contre les malades, mais ils ne peuvent être manœuvrés qu'à l'aide d'une clef spéciale. L'éclairage des jardins est assuré par neuf lampes électriques de 25 bougies et un certain nombre de becs de gaz.

Ameublement. — Tous les locaux sont munis de thermomètres disposés horizontalement : la cuvette faisant saillie dans l'intérieur des chambres tandis que l'échelle graduée, traversant le mur, apparaît dans le corridor. On peut ainsi régler les appareils de chauffage et de ventilation du corridor même.

Il faut noter que les parquets de la plupart des locaux de la clinique sont revêtus de linoléum (Ankermark-Delmenhorst) : il est inutile d'insister sur les avantages d'une surface unie, sans interstices et d'un nettoyage facile à grande eau. M. le Dr Dannemann se loue beaucoup de cet emploi généralisé du linonéum. La plupart des salles de bains et des closets possèdent un revêtement en carrelage ; de même les corridors des pavillons cellululaires. Dans cinq chambres d'isolement on a fait l'essai du xylolithe. L'emploi de cette substance ne serait indiqué que dans les locaux

qui ne sont exposés ni à des souillures fréquentes par les déjections, ni à des érosions mécaniques dues au déplacement des lits. Autrement le xylolithe perd son poli et son aspect antérieurs et conserve les odeurs.

La question du confort n'a pas été négligée. Les *lits* métalliques ont été munis d'aménagements spéciaux, sans cependant attirer l'attention par un aspect anormal. A la tête et au pied du lit ont été placées des tablettes de bois; les montants latéraux du lit peuvent être abaissés. La partie moyenne du sommier est surélevée par des ressorts de façon à n'être de niveau avec les parties correspondant aux extrémités que lorsque le malade est couché : on empêche ainsi la formation de « creux » qui provoquent la formation d'eschares. Le tiers supérieur du sommier — qui correspond à la tête du malade — est mobile et peut être relevé de façon à permettre au patient de rester à moitié assis sans fatigue et sans compression des organes de la poitrine et du cou. Les trois parties du sommier sont réunies entre elles afin que les sujets agités, qui arrachent et déchirent leur literie, ne puissent les enlever. Les fournitures du lit comprennent un matelas de crin, une toile imperméable et une alèze de flanelle pour le tiers moyen, une couverture de laine et des draps. Les lits des malades sujets à des attaques convulsives peuvent être munis de barrières latérales capitonnées. Tous les lits sont mobiles. Les pensionnaires possèdent des lits de bois avec un sommier « cotte de mailles ».

Les *meubles* en bois de sapin, sont de couleur sombre, afin de contraster avec les tons clairs des murs. Il en est de même des tables spéciales pour le lit, des armoires, tables de toilette, armoires à linge sale. Les tables de nuit n'ont pas de fond, disposition qui permet de les entretenir propres. De nombreuses chaises-longues sont réparties dans tous les pavillons : elles sont revêtues d'une étoffe à dessin oriental, qui recouvre une toile imperméable protégeant les coussins de la chaise-longue.

Dans tous les locaux se montre le soin de la décoration : jardinières, tableaux, rideaux aux fenêtres, etc.

Téléphone. — Le système des pavillons détachés rend indispensable l'usage du téléphone pour éviter les pertes de temps. Des postes téléphoniques doivent être installés, non seulement chez les surveillants en chef, mais chez les médecins. Les réseaux téléphoniques sont les suivants :

1° Réseau indépendant du poste central (situé dans le bâtiment principal) et faisant communiquer entre eux tous les pavillons des hommes.

2° Même disposition pour les pavillons des femmes.

3° Réseau téléphonique principal réunissant tous les pavillons,

la cuisine, la villa du professeur, les chambres des médecins de chaque division avec le poste central.

4° Réseau permettant d'appeler directement le concierge, de chaque pavillon, de la villa du professeur, des chambres des médecins.

5° Réseau microphonique réunisssant les chambres des médecins asssistants logés dans les pavillons de tranquilles hommes et femmes.

6° Réseau reliant le rez-de-chaussée avec le 1er étage des pavillons d'agités (III).

Dans la nuit le poste central est mis en communication avec la loge du concierge ; de plus les médecins chargés des divisions d'hommes et de femmes sont en communication directe permanente avec la salle de surveillance du pavillon d'agités.

La clinique possède en tout 13 postes téléphoniques et 10 stations microphoniques. Elle est en outre reliée au réseau urbain et à l'usine électrique.

Les principes qui ont présidé à l'installation du téléphone sont les suivants : les pavillons de chaque division d'hommes et de femmes doivent être reliés *directement* entre eux. Dans les pavillons possédant plusieurs sections, celles-ci doivent communiquer directement entre elles. Chaque bâtiment doit être en communication avec le poste central du bureau d'administration et ses annexes : cuisine, etc.

Aménagements de sureté. — Le principe du remplacement des moyens de sûreté mécaniques par la surveillance du personnel a reçu sa plus large application dans les jardins. Les grilles et les haies qui entourent les jardins servent seulement de limite au domaine, mais ne sauraient être considérées comme pouvant empêcher les évasions. Un seul jardin entouré de murs est réservé, dans chaque division, pour les malades insociables et évadeurs.

Dans les pavillons de pensionnaires rien ne rappelle la destination spéciale des locaux, sauf une disposition particulière des fenêtres qui permet de les fermer à clef. Les portes des corridors des autres pavillons ne peuvent être ouvertes qu'à l'aide d'une clef spéciale; les cages d'escalier sont accessibles à tous les malades. Dans les pavillons de pensionnaires les portes des chambres possèdent une serrure et un bouton ; tandis que dans les autres pavillons les portes n'ont qu'une serrure et une poignée placée au milieu de la porte et dirigée en bas. Toutes les fenêtres sont munies de vitres ordinaires, à l'exception des fenêtres intérieures des cellules. Dans les salles de bains et les closets les vitres sont en verre dépoli. Les serrures des fenêtres et des portes sont identiques dans les deux divisions ; leur modèle a été emprunté à Alt-Scherbitz.

A l'exception des pavillons cellulaires qui possèdent des jalousies ordinaires, toutes les fenêtres sont munies de jalousies spéciales qui lorsqu'elles sont baissées forment une paroi impénétrable : mais on peut à l'aide d'une clef déterminer un écartement des lames d'un centimètre. Il est possible de limiter cet écartement à la partie supérieure ou inférieure de la jalousie. On peut laisser la fenêtre ouverte, lorsque les jalousies sont baissées; celles-ci étant fixées suffisent pour empêcher toute évasion.

On n'a placé de *grilles* que dans les lavabos et les closets des pavillons n° II (hommes et femmes), dans ceux du 1er étage des pavillons n° III, dans deux chambres d'isolement de ces divers pavillons, dans la salle d'examen clinique du rez-de-chaussée, dans une chambre d'infirmier, enfin dans les pavillons d'isolement (n° IV).

Grâce à la surveillance permanente exercée par le personnel, on a pas eu occasion de constater les avantages fournis par l'existences de grilles, dans les locaux peu nombreux où il en existe.

L'absence de grillages et de vitres spéciales dans les salles de surveillance n'a pas présenté d'inconvénients. Plus importants que tous les moyens de contention mécanique sont une bonne organisation d'un personnel responsable à toute heure et un contrôle médical le plus fréquent possible.

Malgré que l'élimination de matériaux inflammables et l'emploi de la lumière électrique aient considérablement diminué les chances d'incendie, chaque pavillon possède cependant, dans le grenier, un poste d'incendie, avec le matériel nécessaire. (*A suivre.*)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

LXVII. Un cas d'akathisie, d'après MM. Raymond et Janet.

Ce nom qui signifie impossibilité de s'asseoir, a été donné par M. Haskowe (de Prague). Voici quel est l'aspect du malade étudié ici. Cet homme, âgé de quarante-deux ans, vient d'être assis sur sa chaise; dans quelques minutes, quelquefois cinq ou six minutes, on le voit manifester une gêne et une souffrance extraordinaires. Il se contorsionne, il se raidit surtout du côté gauche, étend et écarte les jambes, appuie la tête sur l'épaule gauche, il tient sa chaise à deux mains et fait semblant de s'y cramponner. En réalité, il s'appuie sur les deux mains, et empêche le siège de s'appuyer sur la chaise. En même temps, la sueur lui vient au front et aux mains, et, dans quelques cas, on voit de grosses gouttes qui coulent sur sa figure, la respiration est anxieuse, le cœur palpite, la face exprime la

douleur, la terreur et l'angoisse : enfin, n'y pouvant plns tenir, il se lève brusquement et immédiatement changement d'attitude, il respire librement et sa figure exprime le soulagement et le calme. Lorsqu'il est chez lui, les choses sont plus pénibles encore parce qu'il n'est distrait par rien de ses préoccupations ; il ne peut rester assis que quelques instants et il faut sans cesse qu'il se lève, qu'il aille et vienne dans la chambre. Les troubles s'aggravent encore s'il est assis devant son établi et s'il doit travailler. Il était bijoutier de son metier et ne peut plus entrer dans aucun atelier, car on refuse cet ouvrier qui ne peut rester assis et qui se contorsionne désespérément dès qu'il a un travail devant lui.

Ce malade ne présente pas des signes d'hystérie, mais il a dans sa famille des tares nerveuses importantes, et son père et sa mère étaient tous deux de grands alcooliques.

Les symptômes qu'il présente s'associent à un état mental particulier, à une instabilité singulière, de manière qu'on doit classer son état dans l'ordre des psychasthénies. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques* du 10 mars 1903.)

LXXIII. **Deux cas de polynévrites chez deux blennorrhagiques** ; par MM. les Drs Raymond et Cestan.

L'histoire de la gonococcie s'est enrichie de faits nouveaux probants, grâce à la connaissance plus parfaite des milieux de culture et des conditions de vitalité du gonocoque. Il existe donc de véritables métastases gonorrhéiques qui peuvent porter sur l'appareil locomoteur, sur l'appareil circulatoire, le rein, etc... Le système nerveux n'est point à l'abri de l'action, soit du gonocoque lui-même, soit de ses toxines et les deux observations publiées par les auteurs montrent que le système nerveux périphérique n'est pas épargné. Il s'agit, en effet, de deux malades qui, au cours d'une blennorrhagie ont été atteints l'un d'une polynévrite sensitivo-motrice généralisée aux quatre membres et à la face, à forme de polynévrite ascendante, avec un minimum d'intensité sur les membres qui n'ont jamais présenté la réaction de dégénérescence et ont vite récupéré leur motilité, avec un maximum d'intensité sur les muscles de la face qui ont présenté, au contraire, une D R très accentuée et sont très parésiés ; l'autre d'une polynévrite à forme pseudo-tabétique mais sans troubles des réactions électriques et à pronostic très favorable.

Y a-t-il donc des conditions particulières de virulence du gonocoque, d'association microbienne, de prédisposition du terrain par une intoxication antérieure telle que l'alcool? la blennorrhagie a-t-elle agi comme cause favorisante? Au contraire, la névrite blennorrhagique est-elle spécifique ? Ce sont là autant de questions sans réponse à l'heure actuelle. (*Revue neurologique*, février 1901). E. Blin.

LXXIV. Paraplégie flasque avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde; par M. Lannois. — (*Société médicale des hôpitaux de Lyon.* 10 janvier 1902).

M. Lannois publie l'observation d'une femme de quarante et un ans qui présentait l'ensemble des symptômes que l'on trouve dans les sections complètes de la moelle à la région cervico-dorsase, c'est-à-dire la paraplégie flasqué avec l'anesthésie complète à tous ses modes et l'exagération de la tonicité des sphincters. Mais au lieu de présenter de l'abolition des réflexes, comme l'ont démontré les recherches de Bastian, Van Gehuchten et récemment Crocq; et contrairement aux données de la physiologie classique, il existait chez la malade de M. Lannois une exagération manifeste des réflexes rotuliens et une trépidation épileptoïde indéfiniment persistante. — A l'autopsie, on trouva une carie tuberculeuse sans pus, de la 7e cervicale et des trois premières dorsales avec affaissement du corps de ces quatre vertèbres, réduit à une hauteur de 6 à 7 millimètres. La moelle était totalement ramollie sur une hauteur de 3 centimètres et demi. Il semble qu'il y ait macroscopiquement une interruption complète.

L'auteur rappelle l'opinion émise par Crocq dans son rapprot au Congrès de Limoges de 1901, d'après laquelle il tend à admettre que la voie conductrice du tonus musculaire et des réflexes appartient aux voies longues, sauf dans certaines conditions dans lesquelles les voies courtes continuent à être perméables. Cette opinion ne pourrait expliquer les phénomènes observés. — M. Lannois pense que si il est vrai que les voies courtes cessent d'être la voie conductrice des incitations au profit des voies longues, rien ne prouve qu'elles soient détruites et qu'elles ne puissent pas, à un moment donné reprendre toute leur importance. Ne peut-on penser qu'il y a des variétés individuelles et que certaines personnes continuent à se servir de leurs voies courtes en même temps que de leurs voies longues. Il explique par le mécanisme de l'emploi récupéré des voies courtes, ce qui s'est produit chez sa malade. — En premier lieu compression de la moelle, irritation des faisceaux descendants (faisceau pyramidal, de Monakow, etc.) mise en état d'excitabilité des myoneurones, de sorte que, lorsque la section médullaire a été complétée plus tard, la moindre incitation passant par les voies courtes rappelées à l'exercice, a suffi pour donner des réflexes exagérés.

L'auteur met aussi en évidence l'important phénomène de la dissociation de l'état du tonus musculaire et des réflexes tendineux. Les muscles sont séparés par la section médullaire de leur centre tonique cérébral, d'où paralysie flasque, tansdis que les réflexes tendineux et quelques réflexes cutanés se font pas les voies courtes médullaires. G. Carrier.

LXXV. **Formes cliniques du tremblement dans la paralysie agitante,** par Collet (*Société des sciences médicales de Lyon.* 15 janvier 1902).

M. Collet a recherché les formes anormales du tremblement dans la paralysie agitante, ce symptôme étant un des caractères presque essentiels de la maladie de Parkinson.

D'après ses recherches, l'auteur range en quatre groupes les formes anormales de tremblement :

1° Les cas où le tremblement est absent;

2° Les cas où le tremblement s'étend à des parties du corps qu'il n'intéresse pas habituellement;

3° Les cas où le tremblement est unilatéral;

4° Les cas où le tremblement, bilatéral d'abord devient unilatéral dans la suite.

M. Collet cite à l'appui des observations de ces différentes formes cliniques du tremblement. G. C.

LXXVI. **Paralysies et crises laryngées dans le tabes**; par M. Collet (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 5 février 1902).

M. Collet a pu réunir trois observations de tabes avec paralysies et crises laryngées, qui lui suggèrent les conclusions suivantes : 1° La paralysie des dilatateurs de la glotte peut simuler la crise laryngée. Il faut donc analyser de près les symptômes avant de conclure à l'existence des crises laryngées; 2° La paralysie des dilatateurs de la glotte prédispose aux crises laryngées, les rend plus fréquentes et plus graves, mais ne les cause pas. Leur origine doit être recherchée dans une irritation réflexe du nerf laryngé supérieur; 3° Il y a habituellement, dans les cas de paralysie des dilatateurs de la glotte; coexistence d'une tachycardie assez marquée. G. C.

LXXVII. **Syphilis cérébrale ? Souffle céphalique**; par M. Clement (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 14 février 1902).

Il s'agit d'un jeune verrier de dix-sept ans, qui présente depuis trois mois des céphalies quotidiennes dès son réveil, qui se dissipent au bout de quelques heures. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital les douleurs de tête sont devenues permanentes, avec exacerbation nocturne. En même temps sont apparus les bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue et une certaine tendance au vertige. Il aurait eu deux ou trois fois des vomissements.

A l'examen ophtalmoscopique on constate une neuro-résinite double, plus accusée à droite. Il s'agissait donc d'une compression cérébrale, probablement par une tumeur, siégeant dans les parties tolérantes du cerveau et dans l'hémisphère droit; le malade ne

présentait pas d'autres phénomènes nerveux, ni de paralysie des nerfs craniens.

Se basant sur de faibles indices tels que l'épatement du nez, la mauvaise conformation des dents, la présence d'un ganglion occipital, M. Clément pense à de la syphilis héréditaire, et institue un traitement mixte qui au bout d'une dizaine de jours procura au malade une certaine amélioration.

Les bourdonnements d'oreille ayant persisté, l'auteur pratiqua l'auscultation de la tête. Il trouva, en appliquant le sthétoscope sur le crâne du côté droit, un souffle systolique intense, prolongé, à caractère musical par intervalles : la raisonnance est un peu creuse ; son maximum est à la région pariétale au-dessus et un peu en arrière du sommet de l'oreille. Il se propage en s'atténuant, soit vers le front, soit vers l'occiput. Il n'existe pas du côté gauche. Il n'y a pas de souffle anémique au cœur, pas de souffle dans les carotides. La compression de la carotide droite fait cesser le souffle céphalique, ainsi que le bourdonnement ; la compression de la cacotide gauche l'augmente. Pas de souffle oculaire, ni frémissement, ni battement dans la région crânienne.

M. Clément pense qu'il s'agit d'un bruit vasculaire lié à l'existence d'une lésion cérébrale. Ce phénomène pourrait être dû, dit l'auteur, soit à une artérite syphilitique avec végétation dans la la lumière du vaisseau ; soit à une artérite, avec anévrisme ; soit enfin à la présence d'une gomme cérébrale ou de plaques sclérogommeuses des méninges comprimant une artère ; il ne s'arrête à aucun diagnostic et ne fait que signaler le fait. G. Carrier.

LXXVIII. **Paralysie générale et syphilis en apparence bénigne;** par M. Devay (*Echo médical de Lyon*, n° 2, 15 février 1902, p. 33).

M. Devay met en évidence le rôle important que joue la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. D'après sa statistique, elle est certaine dans une proportion de 50 p. 100, et incertaine dans une proportion de 30 p. 100. Pour l'auteur, l'origine syphilitique de la paralysie générale n'est presque plus à discuter ; c'est un accident parasyphilitique dont les symptômes peuvent rétrocéder grâce à un traitement intensif par les injections de calomel et l'iodure de potassium à hautes doses.

L'auteur publie quatre observations dans lesquelles il attire l'attention sur la rapidité avec laquelle les symptômes paralytiques ont succédé à l'accident initial (quatre à cinq ans) d'une intensité très atténuée, et sur la gravité ultérieure d'accidents syphilitiques très bénins en apparence. Il affirme en outre sa croyance à la possibilité d'amender le processus paralytique par un traitement spécifique intensif et prolongé. G. C.

LXXIX. Sclérodermie et atrophie musculaire; par M. Vacher (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 19 février 1902).

Dans l'observation publiée par M. Vacher on constate aux deux mains, mais plus marquée à gauche : 1° une atrophie musculaire des plus nettes des muscles des éminences thénar et hypothénar, interosseux et lembricaux avec ses symptômes cliniques; l'atrophie respecte les avant-bras.

2° Un état remarquable de la peau de la main qui est rose foncée avec lignes papillaires et grandes lignes palmaires très accusées. Elle est épaissie et adhérente, rugueuse au toucher, se laissant difficilement pincer entre les doigts. Cet état se prolonge sur la face dorsale au niveau des deuxième et troisième phalanges des doigts seulement, alors qu'à la face palmaire ils sont atteints dans toute leur étendue. Les ongles sont amincis. Pas de troubles de la sensibilité. Subjectivement, la malade n'accuse qu'une sensation de froid.

Cette observation est intéressante par l'association d'une atrophie musculaire du type myélopathique à la sclérodermie et vient à l'appui de l opinion des auteurs qui ont trouvé des lésions nerveuses dans cette dernière affection. G. C.

LXXX. Cas d'hémiatrophie progressive de la langue et de la face ; par Alice Woods (de San Francisco.)

Le cas présente ceci de particulièrement intéressant qu'il a débuté peu de temps après une scarlatine chez une enfant jeune (cinq ans). La paralysie siège à droite, tandis que beaucoup d'observations lui assignent une prédilection pour le côté gauche. Enfin la migraine dont elle souffrait souvent avant que la paralysie se développât a diminué à mesure que cette dernière progressait. (*Occidental med. Times*, décembre 1901).

LXXXI. Un cas de myopathie avec réactions électriques normales ; par F. Allard (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1-1902).

Enfant de huit ans présentant le tableau complet de la myopathie primitive avec cette particularité : aucun des muscles ne présentait de diminution sensible des excitabilités électriques galvaniques et faradiques. Ce qui semblerait démontrer que, au cours des myélopathies, la fibre musculaire subit des altérations variées et que tandis que dans la plupart des cas ces altérations se traduisent par une diminution quantitative des excitabilites électriques, dans quelques cas au moins elles pourraient ne modifier en rien l'état de la conductibilité électrique. R. C.

LXXXII. Une variété peu commune de myopathie atrophique progressive; par Ed. Long (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1902).

Symptomatologie complète de la maladie avec cette particularité rare : Début du processus atrophique par les muscles de la nuque, de la région postérieure du tronc et de la ceinture pelvienne, d'où attitude et imptoence extraordinaires. Rappelant les nombreuses variétés déjà cataloguées (types de Landouzy et Déjerine, d'Erb, de Leyden-Mobius, de Zimmerlin, d'Eichhorst, etc.), l'auteur estime que les variantes symptomatiques de l'atrophie musculaire progressive ne méritent plus qu'on en fasse des types spéciaux. R. Charon.

LXXXIII. Une myopathie avec rétractions familiales; par Cestan et Lejonne (*Nouv, Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1,1902).

Famille de 4 enfants (sans antécédents héréditaires) dont deux l'un de vingt-cinq ans, l'autre de treize ans, présentent une myopathie à symptômes très accentués et généralisés, atrophie scléreuse extrême avec rétraction des membres supérieurs et inférieurs qui sont plus accentués chez l'aîné et qui dans les deux cas se sont manifestés dès le début de l'affection. R. C.

LXXXIV. Sur un nouveau cas d'amyotrophie à type Charcot-Marie; par Soca (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1,1902)

Femme de quarante-six ans ayant un père atteint de la même affection : amyotrophie, réaction de dégénérescence, troubles des sensibilités, localisation nette aux membres inférieurs, intégrité de la racine des membres avec les particularités nouvelles : douleurs fulgurantes et narcolepsie ayant débuté dès l'origine de la maladie qui remonte à vingt-six ans. L'auteur se demande s'il faut voir là de simples coincidences ou de nouveaux symptômes à signaler dans le type Charcot-Marie. R. C.

LXXXV. De la myotonie atrophique (*Contribution à la théorie des myopathies*); par Rossolimo (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1,1902).

Observation ainsi résumée par l'auteur : un homme d'âge moyen présente depuis trois ans des phénomènes myotoniques généralisés de la face, du cou, du tronc et des membres. L'examen anatomique des muscles dénote toutes les propriétés caractéristiques de la myotonie (maladie de Thomsen). Plus tard à ce tableau commencent à se surajouter, comme particularités atypiques, des phénomènes d'atrophie musculaire progressive dont le degré se montre proportionnel à la gravité du phénomène myotonique,

avec troubles qualitatifs et quantitatifs de l'excitabilité électrique et affaiblissement de tous les réflexes tendineux. R. C.

LXXXVI. **Sur les affections de la queue de cheval et du segment inférieur de la moëlle.** Leçon de M. le Pr Raymond (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2,1902).

LXXXVII. **Infantilisme dégénératif** (*type Lorain*) **compliqué de dysthyroïdie pubérale** (*type Brissaud*) ; par Dupré et Pagniez (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2,1902).

Observation intéressante par l'analyse des facteurs successifs de l'arrêt de développement. Hérédo-alcoolisme, accouchement prématuré avec présentation du siège, retard de la dentition, de la marche, du langage, de l'intelligence. Infantilisme héréditaire d'origine toxique. Série d'infections infantiles pendant les premières années de la vie, coqueluche, scarlatine, impétigo et fièvre typhoïde. Infantilisme acquis, d'origine infectieuse. Evolution pubérale rudimentaire, syndrome myxœdémateux. Infantilisme dysthyroïdien. R. C.

LXXXIII. **Syndrôme de Little** ; par G. Daniel (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2,1902).

L'auteur montre ce qu'il y a de vague et d'incertain dans le tableau clinique et anatomo-pathologique de cette affection, il rappelle la définition proposée par Van Gehuchten ; « naissance avant terme, contracture spasmodique des membres, absence de lésions cérébrales, tendance à la guérison spontanée et progressive.» Il présente plusieurs cas dans lesquels on trouve tantôt la naissance à terme, l'aggravation progressive des symptômes, le début plusieurs années après la naissanse et encore l'adjonction d'autres symptômes ; nystagmus, parole spasmodique, ou l'absence des lésions médullaires à l'autopsie. La diversité de ces cas indique l'intérêt qu'il y aurait à définir sous un terme moins général que « syndrôme de Little » les diverses affections qui s'y rapportent. R. C.

LXXXIX. **Diplégie faciale congénitale avec paralysies oculaires et troubles de la déglutition** ; par Decroly. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 23).

Il s'agit d'un enfant de sept semaines, né à terme dans de bonnes conditions, qui est atteint depuis sa naissance d'une double paralysie faciale accompagnée d'ophthalmoplégie et de troubles de la déglutition attribuée, d'après l'auteur, à une atrophie ou une aplasie des noyaux bulbaires et prébulbaires, aplasie qui remonte même peut-être plus haut mais dont les symptômes (contracture,

faiblesse intellectuelle, troubles du langage) ne s'accuseront que plus tard. G. D.

XC. **Poliomyélite chronique** ; par le Dr Debray. (*Journ. de neurologie*, 1902, n° 24).

Il s'agit d'un homme de soixante ans, qui fut pris en pleine santé d'un ictus auquel succéda une atrophie musculaire du type de Duchenne sans réaction de dégénérescence au niveau de tous les muscles atrophiés. L'auteur crut pouvoir rattacher cette atrophie musculaire à une lésion d'origine musculaire des groupes cellulaires qui correspondent dans la corne antérieure aux muscles de la main : la situation, à la partie supérieure des cornes grises, de ces groupes cellulaires explique que dans les cas de thrombose ou d'embolie de l'artère centrale, ils ne puissent, comme les groupes cellulaires antérieurs, recevoir du sang des rameaux périphériques provenant des intercostales. G. Deny.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXVI. **Nouvelles communications sur les champs myélogènes de l'écorce du cerveau de l'homme** ; par P. Flechsig. (*Neurolog. Centralbl.* XXII. 1903).

L'auteur possède actuellement en tout 52 séries de coupes d'encéphales de fœtus et d'enfants qui comprennent les phases les plus importantes du processus de myélinisation de l'écorce. D'où cette nouvelle annexe aux communications précédentes. (Voyez *Archives* de *Neurologie* t. 1. p. 375, 1896. — t. 7. p. 154 : 1899. — et Congrès des physiologistes de Turin 1901).

1°. — Le nombre des champs en question est vraisemblablement arrêté à 36. — 2°. La *première pariétale* comprend trois champs, notamment un territoire situé à sa face externe, généralement caché dans le sillon interpariétal, caractérisé par une myélinisation très précoce, mais non chez les nouveau-nés encore peu développés : ce n'est que chez les enfants venus à terme de 4 semaines environ que la formation de la myéline est assez avancée pour qu'on puisse en préciser les variations en grandeur et en longueur. M. Flechsig lui donne le numéro 14. Ce serait un champ primordial tardif.

Formant le dizième environ de la première pariétale, limité en dehors par le pli courbe, il serait équitablement désigné sous le

nom de *circonvolution sus-angulaire*. Parfois constituant un pli de passage, parfois contigu en large et en long à la face externe de la 1re pariétale, elle est limitée en avant par la zone marginale de la partie supérieure de la pariétale ascendante (région des membres inférieurs successivement étiquetée sous les numéros 18 et 16 qui décidément doit être numérotée 18.) En arrière et en dehors elle est entourée du champ successivement numéroté 26, 22, qui, en arrière atteint à la 1re occipitale. Cette circonvolution sus-angulaire ressemble étonnamment quant au volume et à la disposition de ses fibres à lacirconvolution *sous-angulaire* décrite en 1895 : toutes deux acquièrent leurs manchons de myéline presque en même temps.

Impossible de dire si elle reçoit un appoint de la couronne rayonnante : chez le nouveau-né à maturité on a l'impression que la substance blanche de la pariétale ascendante lui envoie en arrière quelques fibres myéliniques. Le petit nombre d'éléments empêche de parler de trousseaux de la couronne rayonnante et il s'y mêle des fibres arciformes de la pariétale ascendante, de sorte qu'il pourrait bien y avoir quelques fibres de projections isolées.

Mais de très bonne heures apparaît un faisceau radiaire qui se porte dans la direction de la couronne rayonnante de la circonvolution de l'ourlet, en arrière ; c'est un *faisceau du corps calleux*, dont le développement précoce est d'autant plus frappant qu'il est situé dans le corps calleux, entre les trousseaux calleux du pli courbe, lesquels appartiennent au territoire terminal n° 36 et se développent, c'est-à-dire s'entourent de myéline extrêmement tard. *Ce faisceau calleux de la circonvolution sus-angulaire ou champ n° 14 n'est pas un faisceau de la couronne rayonnante.*

3° La *partie supérieure* (*antérieure*) *de la première occipitale*, qui forme entre autres aussi le segment supérieur du coin, rattachée jadis à la sphère visuelle, *n'appartient décidément pas à la sphère visuelle*. Celle-ci ou sphère primaire *visuelle* de la raie de Vicq d'Azyr est le champ n° 4. La zone en question est le n° 8. Le développement histologique de ces deux cases est tout différent : elles ne fusionnent pas directement et sont séparées par une bande corticale étroite qui se développe plus tard. La radiation optique primaire ne se jette que dans le champ de Vicq d'Azyr. — Presque en même temps que la case 8, les fibres nerveuses se myélinisent dans une région de l'écorce qui entoure en arrière et en dehors la sphère visuelle primaire (région polaire externe), et mérite le n° 17 : de nouvelles observations montrent qu'une portion de cette région se développe plus tôt et doit recevoir un numéro spécial (recherches en train).

4° *Ordre de succession des champs myélogènes*. — Le n° 1 a été donné aux ascendantes, le n° 2 à la sphère olfactive. Voici un fœtus de 34 centimètres de long chez lequel la bandelette olfactive

contient déjà de la myéline, quelques fibres à myéline occupent l'écorce de la circonvolution en crochet et la lame perforée antérieure tout contre le début de la scissure de Sylvius, tandis que l'écorce des ascendantes est encore amyélinique : sans doute un trousseau myélinique de 100 fibres s'élève du globus pallidus vers les ascendantes, mais il perd ses gaines de myéline à 1 ou 2 millimètres de l'écorce. Faudrait-il donc se déjuger ?

5° La disposition et le mode d'évolution des fibres corticales prématurément myélinisées présentent dans les divers champs corticaux des différences caractéristiques qui permettent de distinguer le type moteur du type sensitif. Le premier est surtout accentué dans la frontale ascendante, le second, dans la temporale transverse postérieure. Aucun des deux ne se trouve dans les circonvolutions sus et sous-angulaires : disposition spéciale (radiaire) de leurs fibres, rappelant un peu le type moteur mais aussi voisine du type calleux (?),

6° A tout trousseau sensitif (centripète) des organes centraux doit correspondre un trousseau moteur. Le système de projection de l'écorce semble satisfaire à cette dualité. La radiation tactile et le faisceau pyramidal, la radiation optique primaire et secondaire constituent des composés de ce genre. Même réflextion pour la radiation auditive et le faisceau de Türk, pour la racine antérieure de la couche optique et le faisceau d'Arnold. L'étude approfondie des dégénérescences secondaires montrent que Déjerine se trompe en faisant provenir les faisceaux d'Arnold de l'opercule, les faisceaux de Türck des 2e et 3e temporales.

7° *Causes de la loi de succession suivant laquelle se forment les sillons de la surface du cerveau.* — C'est de très bonne heure que se forment les sillons à l'intérieur ou sur le bord des territoires primordiaux : ils ne se forment qu'à la fin à l'intérieur des territoires terminaux. Leur succession émane donc pour une bonne part au moins des relations du développement intérieur des lobes cérébraux. Pour en apprécier le code il faut seulement distinguer entre les sillons transitoires et les sillons permanents.

La *scissure de Sylvius* forme une *exception*. Elle est, en effet, entourée d'un nombre extraordinairement grand de champs myélogènes corticaux, de onze au minimum, tant territoires primordiaux qu'intermédiaires, et même d'une case qui est presque un territoire terminal. Par contre, le sillon de Rolando, la scissure calcarine, le sillon de l'hippocampe sont chacun en dedans d'un champ cortical de sorte qu'on est autorisé à parler ici de sillons sensoriels, c'est-à-dire de sillons qui servent à agrandir une sphère sensible. Tous se produisent de bonne heure.

Les *divers segments du sillon interpariétal* ont une genèse fractionnée. D'abord se produit la partie la plus antérieure, celle qui est contiguë à la pariétale ascendante (champ n° 1 ancien) ; puis

c'est la portion la plus postérieure, celle qui limite en dehors le champ n° 8; enfin apparait le segment moyen situé entre les champs n° 14 (nouveau), et 34.

Du premier sillon temporal, se développe d'abord *la partie qui limite* le champ n° 5 (sphère auditive de 1901), et, beaucoup plus tard, celle qui est située entre les champs n° 18 (1901) et 36. Tout cela signifie que: « où il y a des districts corticaux hâtifs, existent aussi des sillons précoces. »

Les coupes en séries donnent l'impression que *les faisceaux de la couronne rayonnante*, dans les zones où ils sont très épais, — radiation tactile des ascendantes, radiation optique — chassent devant eux l'écorce, et que, partout où on trouve la maturité précoce des faisceaux de la couronne rayonnante, apparaît également de bonne heure la segmentation à l'aide de sillons, en un mot, l'édification des circonvolutions. Comme ce n'est qu'en certains endroits de l'écorce que la couronne rayonnante est dense, il s'ensuit des différences naturelles dans la segmentation à l'aide de sillons des divers territoires corticaux. Inversement, on constate l'apparition tardive de sillons dans les zones où de longs faisceaux d'association nombreux et puissants (à développement tardif), et des trousseaux calleux, tardifs aussi, se joignent à l'écorce; exemples : champs corticaux n°s 35 et 36 de 1901 anciens 40 et 38 de 1898. *Il ne saurait donc plus y avoir de doute sur l'existence d'un rappport de cause à effet entre le développement par cases de l'écorce entre les champs corticaux myélogènes, et l'époque de la formation des sillons définitifs, c'est-à-dire des circonvolutions permanentes.*

P. Keraval.

XXVII. **Lenteur des pupilles à l'accomodation et à la convergence**; par J. Strasburger. — **Du mouvement myotonique des pupilles** : par A. Saenger. — **De la lenteur dite myotonique à la convergence des pupilles immobiles à la lumière**; par Nonne. — **Lenteur des pupilles à l'accomodation et à la convergence, ou mouvement myotonique des pupilles**; par J. Strasburger. — **Du terme de mouvement myotonique des pupilles**; par A. Saenger. (*Neurolog. Centralblatt*, XXI. 16, 18, 21, 22, 24. 1902). — **De la contracture du sphincter irien des pupilles immobiles à la lumière, pendant la réaction à l'accomodation et à la convergence**; par M. Rothmann. — **De la réaction neurotonique des pupilles**; par J. Piltz. (*Neurolog. Centralblatt* XXII. 1903.)

Les observations de Strasburger, au nombre de trois, concernent des jeunes gens syphilitiques atteints d'immobilité des pupilles à la lumière soit d'un côté, soit des deux et présentant en outre une réaction lente quoique complète à l'accommodation et à la convergence de la pupille immobile ou non à la lumière. C'est ce

que Saenger appelle le mouvement myotonique des pupilles, déjà observé par Piltz chez le paralytique général mais seulement à la suite de la contraction volontaire énergique de l'orbiculaire palpébral. Saenger en donne une autre observation où ce phénomène se produit tant à l'accommodation et à la convergence que par la fermeture de la paupière chez un tabétique à longue évolution (?); il tend à croire qu'il s'agit d'une lésion périphérique siègeant dans l'iris, quelque chose d'analogue au trouble myotonique de la maladie de Thomsen, le microscope cornéen de Westien ayant décelé des troubles trophiques de l'anneau irien. M. Nonne apporte deux nouvelles observations dans lesquelles, au lieu de syphilis et d'affection spinale, existait diabète sucré et alcoolisme, qui permettent de penser à un trouble localisé dans la branche centrifuge de l'arc réflexe : il croit à une altération tonique du mouvement de convergence des pupilles immobiles à la lumière, d'origine périphérique et musculaire.

M. Strasburger n'accepte pas l'expression de mouvement myotonique des pupilles pour les raisons suivantes. Absence de toute myotonie ; dans la myotonie de Thomsen, les muscles oculaires sont exceptionnellement atteints tandis qu'ici ils sont seuls affectés. Le décours du mouvement des pupilles a, avec la maladie de Thomsen, le seul point commun de la lenteur et de la durée ultérieure de la contraction : dans la myotonie, l'exercice des mouvements musculaires vient à bout de la raideur, ici, la répétition accélère sans la détendre la réaction. La raréfaction du tissu irien est juste le contraire de l'augmentation de volume du muscle myotonique : la perte de substance de certains muscles est tardive dans la maladie de Thomsen, et, d'ailleurs, la raréfaction d'un muscle ne prouve pas une affection musculaire idiopathique.

M. Saenger insiste sur la durée de la contraction et la lenteur de la dilatation finale de la pupille pendant le phénomène. Dans son observation et celles de Piltz, Strasburger, Nonne, la contraction persiste, la dilatation s'effectue infiniment lentement ; le terme de mouvement tonique consigne précisément la contraction tonique du muscle irien. Ce à quoi répond M. Rothmann que les cas de Strasburger et de Saenger diffèrent. Le premier témoigne du simple ralentissement de l'ensemble des phases du phénomène, de la paresse de la pupille. Celui de Saenger montre la fixation pendant plusieurs minutes de la pupille à son plus fort état de contraction, c'est-à-dire la *contracture*, Nonne également. Voici une observation dans laquelle on a vu se développer cette contracture à la phase de régression partielle d'une paralysie complète du sphincter irien. Il y a donc *deux formes de réaction lente de la pupille à l'accommodation et à la convergence,* dont l'une, celle de Strasburger, est le prodrome faible de celle de Saenger. Ces deux formes émanent de l'atrophie progressive et de la contracture du

sphincter irien parésié et se peuvent développer sur le terrain de multiples processus aigus et chroniques lésant le territoire nucléaire ou les fibres nerveuses du sphincter. En attendant les recherches microscopiques éventuelles, ces observations prouvent que *la paresse des pupilles et la contracture du sphincter irien à l'accommodation et à la convergence que l'on observe sur les pupilles inertes à la lumière tiennent à une altération périphérique du sphincter de l'iris.*

Revisant les faits relatifs à la manière d'être des pupilles dans le cours des maladies organiques du système nerveux central, M. Piltz en vient au phénomène pupillaire en question décrit par lui, Strasburger, Saenger et Nonne, auquel il attribue deux caractères : une certaine paresse du mouvement de la pupille, une remarquable persistance ultérieure de la contraction qui s'est installée. En d'autres termes, la contraction de l'iris à la convergence et à l'accomodation, voire à la convergence seule, ne s'effectue que très lentement, et l'iris demeure contracté plusieurs secondes, minutes, ou heures pour ne se dilater que graduellement. Il est probable qu'il s'agit de certaines altérations pathologiques du centre irien ou de la branche centrifuge de l'arc réflexe du muscle irien. Mais il y a plusieurs espèces de ce phénomène. — 1° Il est des cas où la cause doit en être cherchée dans une affection du système nerveux central : on a affaire alors à la *réaction pupillaire neurotonique* ; neurotoniques sont ici la réaction à la lumière, la réaction à l'accommodation, la réaction à la convergence, la réaction des pupilles par contraction de l'orbiculaire. — 2° L'expression de *réaction pupillaire myotonique* convient aux cas où l'on constate certaines altérations pathologiques dans le tissu même de l'iris et où la *forme myotonique du mouvement des pupilles* apparait à l'examen des réflexes pupillaires encore conservés. — 3° La réaction neurotonique et la réaction myotonique des pupilles peuvent être désignées sous le nom commun de *réaction tonique, mouvement tonique, forme tonique du mouvement des pupilles.*

P. Keraval.

Conférences de médecine légale psychiatrique (3e trimestre scolaire). M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, est chargé du cours de médecine légale psychiatrique, 3e série de conférences, les mercredis et les samedis à 1 h. 1/2, 3, quai de l'Horloge. (La conférence du mercredi sera consacrée à des exercices pratiques de diagnostic.) Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté à MM. les Docteurs en Médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur 4e examen de doctorat. Après trois mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 avril 1903. — PRÉSIDENCE DE M. G. BALLET

M. RITTI, secrétaire général, donne lecture d'une communication de M. PROU, intitulé :

Le rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale.

Les organes internes ne sont pas seulement la « brute dynamique » de Bichat : ils interviennent aussi pour une part importante dans l'évolution et la constitution de la vie mentale.

I. — En effet, la vie végétative régit la nutrition des centres nerveux supérieurs tout aussi bien que celle des muscles et des os. Le cerveau de l'enfant, à sa naissance, ne pourra conserver les sensations qui lui viennent du monde extérieur, l'adolescent et l'adulte ne pourront poursuivre leur éducation, conserver et augmenter les acquisitions passées, rester normaux que si aucun trouble somatique n'entrave le développement de la vie végétative, l'évolution parallèle des deux vies, sympatique et intellectuelle.

II. — L'écorce du cerveau étant le lieu où aboutissent les terminaisons nerveuses de l'organisme périphérique et des viscères, les excitations qui portent sur ces terminaisons parviennent immédiatement à l'encéphale et modifient plus ou moins le dynamisme mental selon que le trouble viscéral, fonctionnel, survient brusquement et dure peu (aphasie transitoire par simple indigestion chez l'enfant, cas de Kénock) ou s'installe à demeure fixe dans l'organisme physique (psychoses d'origine génitale ; hypochondrie par ptose rénale ; transformation du caractère et des goûts après l'émasculation). Si l'affection somatique chronique passe à l'état aigu, il y a délire ou perte de la connaissance, c'est-à-dire abolition de la conscience pendant la durée de la crise. Si la maladie est ancienne et a subi de fréquents paroxysmes, la raison tout entière peut sombrer à tout jamais, vaincue par la vie végétative.

Sur un cas de délire de Mediumnité.

MM. BALLET ET DHEUR. Cette observation est celle d'un malade qui a été en proie à un délire des plus intenses, mais qui reposait

uniquement sur des troubles cérébraux en tout point analogues à ceux que l'on observe chez les médiums. L'état mental des « aliénés » de ce genre semble n'être que l'exagération, le grossissement de l'état mental propre à tous les médiums.

Lorsqu'on étudie, en effet, au point de vue de sa physiologie pathologique l'état mental d'un médium, on voit qu'il résulte d'une désagrégation plus ou moins complète de la personnalité avec intervention des phénomènes subconscients et hallucinations consécutives.

Que le médium fasse marcher une table, qu'il écrive automatiquement, qu'il entende une voix, il attribue toujonrs à un être imaginaire des phénomènes dont la plus grande part revient à une personnalité seconde qui existe en lui et qu'il ignore.

Or, ce qu'on observe chez les médiums, c'est aussi ce qu'on observe considérablement grossi chez des médiums (semblables à celui de l'observation) qui, obéissant aveuglément à l'esprit, fait des tentatives de suicide et d'homicide, se livrent à des actes extravagants les plus variés et passent avec raison pour de véritables aliénés. Cependant il n'y a aucune différence fondamentale entre le trouble mental de ces aliénés et celui des médiums ordinaires.

Délire-hallucinatoire avec idées de persécution consécutif à des phénomènes de médiumnité.

MM. Gilbert Ballet et Monier-Vinard. Chez le malade dont l'observation a été présentée, aux phénomènes ordinaires de l'état médiumnique (communication avec les esprits, écriture automatique) se sont surajoutées des hallucinations extrêmement intenses de tous les sens, et plus particulièrement de la vue et de l'ouïe. Leur variété, leur mobilité sont extrêmes. Mais en outre, la tendance au dédoublement de la personnalité consciente qui caractérise tout médium s'est progressivement accentuée, et maintenant, le malade rappelant en cela le visionnaire Swedenborg, effectue de nombreux voyages dans les astres. Il parcourt surtout la planète Saturne et, par écrit, il donne le récit de ses excursions, décrivant le pays, le langage, les mœurs de ses habitants. Des idées de persécution se sont développées aussi. La débilité mentale du sujet est le facteur étiologique de tous ces troubles.

M. G. Ballet. — Le malade dont il est question dans cette observation est très intéressant : 1° au point de vue de la psychologie psychologique du médium; 2° parce qu'il est la représentation de la personnalité de Swedenborg, cet homme éminent qui, toute sa vie, est allé se promener dans les astres. C'est pour ainsi dire un Swedenborg au petit pied avec cette différence que Swedenborg était une puissante intelligence tandis que notre malade est un imbécile.

Le malade, M. X..., est introduit. Il raconte ses voyages dans Saturne — de la mer Saturnine jusqu'à Rostoff (nom qu'il a vu écrit là-bas).— Saturne est une terre abandonnée dont les habitants parlent un grec écorché (sic). Il est, dit-il, spirite ; il peut quitter son lit et part comme un nuage, comme la fumée d'une cigarette. Une fois arrivé dans Saturne, il retrouve son corps matériel. Un esprit s'est emparé de lui, l'esprit de sa défunte (femme) qui le fait écrire ; mais il ne sait jamais d'avance ce qu'il va écrire, etc.

M. Boissier donne le résumé d'une observation analogue de *délire chez un médium*. Observation qui sera communiquée *in extenso* ultérieurement.

M. Christian fait la remarque que ces observations ressemblent aux observations de démonomanie publiées autrefois dans Esquirol, Michéa, Calmeil et la vie des Saints. Il distingue deux catégories de médiums, le médium soi-disant raisonnable qu'on rencontre dans la société et celui qui, à cause de l'intensité de ces troubles délirants, ne peut y vivre. Les hallucinations, les troubles de la sensibilité sont attribués à l'influence des esprits. On était autrefois sous l'influence d'Asmodée ou d'Astharoth. Les démonomanes, tout comme les médiums, allaient en voyage : s'ils n'allaient pas visiter Saturne, ils allaient au sabbat.

M. G. Ballet s'associe aux remarques de M. Christian, il ne s'agit pas d'une forme psycho-pathique nouvelle. En présentant ces observations, les auteurs n'ont eu pour but que de rechercher comment nous, médecins, pouvons interpréter l'état mental des médiums. Il y a des degrés divers depuis le spirite banal jusqu'au médium écrivant. Le fait constant, chez le médium, c'est la tendance à la dissociation de la personnalité, c'est la désagrégation arrivant à favoriser le développement des hallucinations auditives et visuelles [1].

M. Christian. — On observe la même gradation dans la démonomanie. Chez les théomanes également. Au premier échelon, les gens pieux ; à un degré supérieur, ces gens sont plus spécialement favorisés de Dieu. Un pas de plus et Dieu leur parle. Ils sont sur le chemin de la folie.

MM. Klippel et Vigouroux présentent trois observations de *paralytiques généraux* qui, bien que n'étant ni cachectiques, ni cardiaques, ni brightiques, ni diabétiques, ont présenté de l'*œdème* fugace. Cet œdème fut uni-latéral occupant chez l'un la jambe, chez un autre il était symétrique et de même siège ; chez le troisième il occupait les deux jambes et se manifesta au niveau du dos des deux mains. C'était un œdème mou, blanc, indolore, gar-

[1] Voir à titre de documents : Bourneville, *Iconographie phot. de la Salpêtrière* ; — *Louise Lateau ou la stigmatisée belge* ; — *Bibliothèque diabolique*, etc.

dant l'empreinte du doigt. Il fut intermittent, d'une durée de trois à cinq jours. La station debout a semblé une condition favorable à son développement, la marche et le repos le faisaient disparaître.

Les trois observations se rapportent à des paralytiques généraux avérés à une période peu avancée de leur maladie. Quelle est donc l'origine de cet œdème, les auteurs écartent l'œdème inflammatoire, l'œdème cardiaque, brightique, diabétique ; l'œdème cachectique ne peut être mis en cause. Chez les paralytiques généraux à la période de cachexie, l'œdème permanent, s'accompagne d'un ensemble de troubles vaso-moteurs et trophiques dus à l'altération des centres nerveux.

Cet œdème précoce montre une défaillance intermittente du système nerveux et traduit l'action de l'infection sur les centres vaso-moteurs, qu'elle se fasse sentir dans les ganglions du sympathique, dans la moelle, dans le bulbe ou au niveau même de l'écorce cérébrale. La précocité de l'apparition de l'œdème permet même d'admettre qu'il faut rapporter ce symptôme à l'encéphalite et que le point de départ de la vaso-paralysie est dans l'écorce au niv au des centres moteurs des membres.

La physiologie n'y contredit pas ; on sait, en effet, que les centres moteurs des membres sont susceptibles d'influencer la circulation des mêmes parties. Il est logique d'admettre que, avant d'être atteint dans son entier, le système vaso-moteur est d'abord altéré dans ses centres les plus fragiles ; de même que dans le système de la vie de relation ce sont les muscles striés dont les mouvements sont les plus délicats qui sont les premiers atteints (muscles des lèvres et de la face, doigts, etc.). Plus tard, les vaso-paralysies s'accusent jusque dans les viscères en produisant le foie, le rein, le poumon vaso-paralytiques.

M. Toulouse. — Les faits rapportés par MM. Klippel et Vigouroux sont très intéressants, en attirant l'attention du médecin sur les cas fréquents où les paralytiques généraux présentent des œdèmes non symétriques à la période de début. Je me rallie complètement à la théorie de M. Klippel. Ces faits sont à rapprocher du dermographisme qu'on rencontre chez les mêmes malades et qu'on peut attribuer à la même cause.

M. Trenel. — J'ai eu précisément l'occasion de voir cet œdème chez le malade dont j'ai présenté l'observation récemment. La paralysie motrice des deux membres supérieurs avait été précédée par un œdème.

M. Arnaud. — Il s'agit d'un symptôme qu'on s'étonne de ne pas voir signalé partout et qu'on rencontre assez fréquemment. Je me rappelle en avoir vu plusieurs cas. Je les ai constatés surtout aux membres supérieurs. Je ne pense pas toutefois qu'ils se présentent à une période aussi pr[illegible]

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 26 avril 1902.

Un cas d'hémihypertrophie faciale avec présentation d'une malade.

Dr L. Minor. — Il s'agit d'une fille de trente ans, chez laquelle commença à s'augmenter en volume la moitié droite de la face. approximativement un an après qu'on lui avait fait l'opération d'un abcès profond, s'étant développé du côté droit du cou, sous l'angle de la mâchoire inférieure, à la suite de la destruction morbide d'une glande lymphatique. L'augmentation concernait principalement l'os de la mâchoire inférieure et progressait jusqu'à l'année 1900, lorsque le processus, à ce qu'il paraît, acheva son développement. Ce cas, au premier abord, fait l'impression, ainsi que les cas de Danas, d'une hémiatrophie gauche, mais un examen plus détaillé, vérifié par le professeur d'anatomie D. Zernoff, indique que c'est seulement la moitié droite augmentée, qui est lésée. En s'appuyant sur la pathogénie du cas, l'auteur est porté à reconnaître ici une cause périphérique, sans doute à la suite d'une blessure de la bronche ou du ganglion du nerf sympathique pendant l'opération de la glande. Pour confirmer cette supposition, M. Minor cite les expériences des auteurs étrangers et aussi le travail du professeur Sinitzine. Il présente à l'appui les crânes de lapins, opérés par le professeur Sinitzine, qui a eu l'amabilité de les lui prêter pour cette séance. Sur ces crânes, on voit la différence dans la croissance de la mâchoire et des dents entre le côté sain et le côté opéré. La communication, outre la présentation de la malade, a été accompagnée encore par la démonstration d'une figure moulée de la joue et de la mâchoire inférieure et d'une série de photographies concernant la malade en question et aussi les cas des autres auteurs.

Discussion. — Le Dr N. Postowsky trouve possible que la dystrophie donnée pouvait être congénitale, d'autant plus que la lésion du nerf périphérique n'est pas bien démontrée.

Dr B. Mouravieff voit une cause possible de l'excroissance unilatérale de l'os de face dans la stagnation du sang et de la lymphe, provoquée par la compression par la cicatrice profonde des vaisseaux veineux et lymphatiques correspondants.

Le professeur W. Roth insiste sur ce fait que simultanément on peut observer l'hémiatrophie et l'hémihypertrophie, comme cela a lieu dans le torticolis.

Le Dr Pribytkoff a aussi observé des cas semblables.

Du trouble dissocié de la sensibilité cutanée dans la lésion du tronc cérébral.

Dr G. Rossolymo. — L'auteur communique quatre observations personnelles, dans lesquelles ressortent en premier lieu l'analgésie et la thermoanesthésie simultanément avec le trouble de la coordination de type cérébelleux et avec le trouble de divers nerfs cérébraux.

Cas I. — Malade K..., de soixante-cinq ans. La période initiale de la maladie est apoplectique. Au début, vertige, vomissements et un hoquet incessant. Sphère motrice normale. Affaiblissement du réflexe patellaire droit. Au commencement des fourmillements dans la moitié gauche de la face et la main gauche. La sensibilité tactile partout normale. *Analgésie et thermoanesthésie profondes et très prolongées de la moitié droite du corps et des extrémités droites.* Diabète. Diagnostic : Affection de la moëlle allongée.

Cas II. — Malade B..., quarante-cinq ans. Commencement progressif de la maladie, dans trois accès, céphalalgie, vertige, vomissement, hoquet incessant. *Ataxie des extrémités droites*, de type cérébelleux ; tendance à tomber *du côté droit.* Lenteur musculaire du côté du nerf facial droit. Les mouvements des extrémités sont normaux. Douleurs dans la moitié droite de la tête. Sensibilité tactile normale partout. Un affaiblissement très marqué de la sensibilité douloureuse et thermique dans toute la moitié gauche de la face, de la tête, du tronc et des extrémités gauches. Un petit *affaiblissement du sens musculaire sur l'extrémité supérieure droite.* Disparition progressive des phénomènes morbides sous l'influence d'un traitement spécifique. Diagnostic : Affection spécifique du tegmentum du pont de Varole.

Cas III. — Malade, de quarante-deux ans. Période initiale apoplectique de la maladie. Au début, vomissement, hoquet, vertige. Phénomènes stables. *Ataxie de caractère cérébelleux dans les extrémités droites. Démarche cérébelleuse avec tendance à tomber à droite. Parésie de la portion motrice du trijumeau du coté droit et du nerf pathétique.* Dysphagie. Les mouvements des extrémités sont normaux. Affaiblissement du réflexe laryngé. *Manque des réflexes de la fossette du cœur et abdominaux.* Le sens tactile est sans modifications. Abaissement très profond de la sensibilité thermique et douloureuse sur toute la moitié *gauche* du corps. *Abaissement du goût sur toute la moitié droite* de la langue. Diagnostic : Affection du tegmentum du pont de Varole et de la moëlle allongée.

Cas IV. — Malade P..., quarante-sept ans. Développement de la maladie en quelques heures. Au début : vertige, nausée, vomissement, hoquet opiniâtre de longue durée, trouble de la déglutition,

douleur dans la moitié gauche de la tête. Phénomènes stables : ataxie à caractère cerébelleux dans les extrémités gauches, démarche cérébelleuse avec tendance à tomber à droite. *Rétrécissement et réaction lente de la pupille gauche.* Trouble oculo-moteur *compliqué avec difficulté de rotation des bulbes des yeux à gauche* et avec parésie du muscle droit inférieur du côté droit. Nystagmus rotatoire et vertical plus accentué, lorsque le malade regarde à gauche. Point d'affaiblissements des mouvements volontaires. Affaiblissement du réflexe cornéal gauche. Affaiblissement de tous les réflexes tendineux. Parfois des douleurs fulgurantes dans la région de la branche II du trijemeau gauche. La sensibilité tactile est conservée partout. Profonde anesthésie thermique et douloureuse avec inversion des perceptions des températures extrêmes sur la moitié gauche de la face, principalement dans la branche II du trijumeau gauche et sur la moitié droite du corps, plus bas que la clavicule. Dans deux tiers antérieurs de la moitié gauche de la langue un léger affaiblissement du goût. Diagnostic : Affection spécifique du tegmentum du pont de Varole.

Se basant sur l'étude de ces quatre cas personnels et les comparant avec huit cas, décrits par d'autres auteurs, dont deux ont été suivis d'autopsie (Walenberg et Lactanie et Monakow), le rapporteur trouve possible (1) d'instituer le tableau clinique, consistant en symptômes basilaires et accessoires, où en premier lieu il envisage l'analgésie et la thermoanesthésie unilatérales ou entrecroisées avec conservation de la sensibilité tactile (la dissociation syringomyélique) du côté opposé au foyer morbide et des phénomènes cérébello-ataxiques, préalablement du côté du foyer ; d'admettre pour un tel symptôme complexus la lésion localisée de la moelle allongée dans la région des fibres arciformes internes, avoisinant l'olive, le noyau ambigu, le faisceau de Gowers et la racine ascendante du trijumeau et du pont de Varole dans la formation réticulaire du tegmentum, au voisinage des pédoncules cérébelleux antérieurs de reconnaitre l'existence dans le tronc cérébral des voies particulières, ne correspondant pas avec le faisceau de Govers, mais probablement s'élevant du faisceau fondamental du cordon antéro-latéral et destinées pour conduire les sensations thermiques et douloureuses.

Discussion. — Le D[r] L. MINOR est d'avis qu'il y avait dans les cas du rapporteur quelque chose de semblable à la paralysie de Brown-Séquard avec une localisation haute.

Le D[r] W. MOURATOFF trouve possible qu'une partie des phénomènes, observés chez les malades en question, étaient d'un caractère réflexe. Plusieurs remarques ont été encore faites par le professeur W. ROTH et le D[r] G. PRIBYTKOFF,

A. BERNSTEIN. B. MOURAVIEFF. S. SOUKHANOFF.

(*Séance du 17 mai 1902*)

De l'aspect externe des dendrites veinales chez les vertébrés adultes.

Drs SERGE SOUKHANOFF et FELIKS GZARNIECKI. — Les dendrites des cellules nerveuses de la moelle épinière chez les vertébrés adultes jusqu'à présent n'ont pas été étudiées, à la suite de l'énorme difficulté d'obtenir une imprégnation chromo-osmique tant soit peu suffisante à des conditions données; mais si on se sert pour le traitement des préparations (par la méthode de GOLGI-RAMON Y CAJAL) de la moelle épinière des vertébrés supérieurs adultes de la méthode proposée par SAUKHANOFF, alors on parvient à surmonter à un degré assez considérable la difficulté en question. Le procédé de SOUKHANOFF consiste en ceci, que avant de plonger les morceaux de la moelle épinière dans le liquide chromo osmique, il est indispensable de partager ces morceaux en deux ou trois parties à l'aide d'une coupe longitudinale. Grâce à cette méthode, on obtient, dans certains cas, une assez bonne imprégnation des éléments nerveux et une parfaite imprégnation suffisante de leurs dendrites. Les rapporteurs décrivent les résultats des investigations (par la méthode de Galgi Ramon y Cajal) de la moelle épinière d'un vieux lapin (d'aspect bien portant), chez lequel bien des cellules spinales de calibre menu étaient pourvues de dendrites, se trouvant en état *variqueux*. Chez d'autres petites cellules toutes les dendrites étaient parsemées d'*appendices collatéraux* de diverses formes et grandeurs; les prolongements protoplasmatiques, appartenant aux cellules motrices de la corne antérieure, étaient pauvres en appendices collatéraux, et l'état variqueux n'était observé que préférenciellement sur les dendrites terminales; en outre, on pouvait encore voir sur les dendrites, richement pourvues d'appendices collatéraux, des formations particulières, comme des appendices collatéraux plus complexes; les auteurs donnent à ces formations le nom de « rejetons ». Ensuite, les auteurs citent les résultats de leur examen de la moelle épinière de deux hommes (de trente-neuf et de cinquante-deux ans); ici aussi ils ont constaté une différence très marquée entre l'aspect externe des dendrites des cornes antérieures et des cornes postérieures; les contours des prolongements protoplasmatiques des cellules motrices sont plus réguliers et moins sinueux et, en somme, plus pauvres en *appendices collatéraux* que les dendrites des cellules sensitives ayant des contours moins réguliers et riches en appendices collatéraux: *l'état moniliforme* a été observé seulement sur les ramifications terminales des dendrites motrices et sur un grand nombre de ramifications des cellules de la corne postérieure. Pour conclusion, les rapporteurs notent qu'il leur est arrivé de voir sur le corps

cellulaire des éléments nerveux de la corne postérieure des appendices, rappelant, par leur aspect, les appendices collatéraux des dendrites. — Ont pris part à la discussion, MM. Fh. Rybakoff et W. Roth.

En discutant sur la question d'éterniser la mémoire du défunt professeur A. J. Kojevnikoff, la Société a décidé, entre autres, une fois les moyens trouvés, de fonder un *Institut neurologique* sous le nom de A. J. Kojevnikoff.

A. Bernstein. B. Mouravieff. S. Soukhanoff.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 7 mai 1903. — Présidence de M. Paul RICHER

Abolition du réflexe pupillaire dans la syphilis.

M. Polguère rapporte quelques cas de syphilis qu'il suit depuis six ans au moins, quelques-uns mêmes depuis quatorze ans. Parmi ces malades cinq sont tabétiques, trois sont paralytiques généraux. Un de ces derniers a du myosis avec rigidité mais sans inégalité pupillaire. Plusieurs autres ont une abolition complète du reflexe pupillaire sans aucun autre signe de tabès ou de méningo-encéphalite.

Etude clinique et expérimentale sur le fonctionnement du nerf dégénéré sensitif.

M. Max Egger. — La méthode des relevés périodiques de l'état des sensibilités a montré que les anesthésies organiques (tabès, hémianesthésie hémiplégique, sclérose en plaques, nevrites), ne sont pas du tout fixes, immuables comme on le voit, mais qu'elles sont au contraire sujettes à de grandes oscillations de leur état intensif et extensif. Des périodes de régression alternent avec des périodes d'accroissement, même si l'affection date de longues années.

L'application de la méthode de sommation a montré que les anesthésies organiques du tabès, de l'hémianesthésie cérébrale, de la sclérose en plaque, de la névrite, ont conservé derrière le masque d'une mort apparente de grandes manifestations vitales. Un diapason vibrant moyennant un électro-aimant et dont une des branches est munie d'une pointe d'épingle fait 60 piqûres par seconde. Avec cet instrument on réveille partout la sensibilité où la dégénérescence nerveuse a créé de l'anesthésie. Les anesthésies

les plus intenses cèdent sous l'influence de la sommation. C'est dans les anesthésies psychiques que la méthode de la sommation a donné les plus heureux résultats pratiques. Les cas d'anesthésies hystériques les plus rebelles ont été guéris.

L'anesthésie organique que l'opinion générale attribue à une destruction matérielle des voies conductrices ou de leurs aboutissants relèvent d'une autre cause.

Egger croit que la gaine de myéline joue le rôle de membrane nourricière vis-à-vis du cylindraxe. Ce dernier demande deux nutritions; une nutrition trophique qui lui vient de la cellule ganglionnaire et une nutrition d'activité qui lui est assurée par la gaine de myéline. Si la gaine de myéline s'atrophie et disparaît, le nerf devient facilement épuisable et sa conduction est ralentie. Conduction ralentie et épuisement rapide sont les propriétés normales du nerf sans myéline et de la fibre de Rémak (fibres sécrétoires, vasomotrices, sympathiques). En pathologie l'épuisement et la conduction ralentie se trouvent dans toutes les affections de la voie sensitive, mais principalement dans le tabès et la névrite. Comme la résistance dépend du diamètre du conducteur, l'atrophie extrême du cylindraxe oppose une grande résistance au courant centripète. L'autopsie d'un cas de paralysie totale du plexus brachial a montré que l'existence d'une quantité considérable de tubes nerveux laissa subsister une anesthésie absolue. Ici le cylindraxe était réduit à une mince fibrille qui opposa une grande résistance aux irritants ordinaires. Ce n'est que le renforcement des irritants par le procédé de la sommation qui a fini par vaincre cette résistance. Egger croit que la plupart des anesthésies organiques sont dues à une augmentation de la résistance nerveuse, qui elle-même reconnaîtrait comme cause l'atrophie du cylindraxe et la disparition de la gaine de myéline. Une anesthésie ne peut être déclarée absolue que si elle a résisté à la sommation.

Guérison d'une mélancolique au cours d'une provocation du vertige voltaïque.

M. Babinski dirigeant le traitement d'une mélancolique intermittente, dont le dernier accès durait depuis seize mois et dont le syndrome était aussi complet que les troubles étaient profonds, eut l'occasion de rechercher sur cette malade le vertige voltaïque. Après la première séance de trois minutes, la patiente se déclara infiniment mieux et étonnée à l'excès de voir presque tout son malaise dissipé comme par enchantement. Une seconde séance eut lieu, le vertige fut plus intense encore, la malade perdit presque connaissance et en revenant à elle, elle se trouva complètement guérie. Elle décrivit son vertige, dit avoir perdu connaissance un moment pendant lequel elle a rêvé qu'elle naviguait et éprouvait un violent

mal de mer, puisqu'elle abordait à une côte au moment, où se réveillant, elle s'est trouvée entièrement transformée. M. Babinski demande que l'on cherche à produire comme lui le vertige voltaïque très accentué en plaçant comme lui les électrodes devant le tragus, pour voir s'il y a là réellement un moyen curatif, ou si ce cas qui l'a vivement frappé n'était qu'une simple coïncidence de guérison survenant naturellement avec une manœuvre qui ne l'aurait pas causée.

M. Ballet fait observer qu'il s'agit là d'une mélancolie intermittente, variété à marche très particulière. On électrise des malades atteints de cette affection pendant des mois sans rien obtenir et un beau jour ils se guérissent comme si on avait déclenché quelque chose. En tout cas, au prochain accès de sa malade, M. Babinski devrait recommencer cette pratique à toutes les phases de la maladie.

Méningisme ou méningite.

M. Brissaud présente une malade qui à plusieurs reprises eu tous les symptômes de la méningite, y compris le cri hydrencéphalique, agitations, strabisme. paralysie, immobilité pupillaire, etc. La ponction lombaire a montré une riche lymphocytose, le diagnostic porté la première fois a été méningite tuberculeuse. Le traitement spécifique fut appliqué à tout hasard malgré l'absence de tout stigmate et de tout commémoratif de syphilis, la malade est partie guérie. Elle a eu à intervalles assez longs trois accès pareils. Sa santé actuellement est parfaite sauf un peu d'inégalité avec rigidité pupillaires et une lymphocitose toujours positive. Les réflexes tendineux sont diminués.

M. Babinski fait de cette malade une tabétique.

M. Marie montre les pièces de deux *méningites postérieures de la moelle.*

Thrombose médullaire et hyperesthésie.

MM. Brissaud et Bressy rapportent l'histoire d'une thrombose médullaire traumatique localisée en un point si restreint qu'elle avait réalisé une section très fine de la moelle, une minuscule portion d'une seule racine postérieure était intéressée, et au lieu d'anesthésie, la région correspondante était hyperesthésique.

Gigantisme précoce.

M. Hydovernik envoie l'observation, les photographies et les radiographies d'un enfant de cinq ans et demi actuellement aussi grand et aussi développé physiquement qu'un jeune homme de quinze ans. Le développement génital notamment est complet. La radiographie de la tête permet de croire que la selle turcique est fort élargie. La croissance de l'enfant a été régulière jusqu'à l'âge

d'un an et demi. A ce moment ont eu lieu des accidents méningo-encéphaliques graves, et l'accroissement est devenu anormal.

M. Marie rappelle qu'en un cas analogue l'ablation d'un gros testicule fit rétrocéder les symptômes.

Etude sur le phénomène des orteils (signe de Babinski).

M. G. Marinesco. — J'ai étudié le réflexe plantaire sur 190 sujets, dont 130 atteints de maladie organique du système nerveux, 45 normaux adultes et 15 enfants nouveau-nés. Sur 100 sujets atteints d'hémiplégie organique j'ai trouvé le signe de Babinski dans 86 cas. Parmi les 30 cas de paraplégie organique, nous trouvons le mal de Pott (15 cas), la syphilis médullaire (4 cas), le cancer de la colonne vertébrale (1 cas), sarcome des méninges (2 cas), traumatisme de la moelle épinière (4 cas), pellagre avec paraplégie (2 cas), tabès combiné (2 cas), sclérose latérale amyotrophique (1 cas). Le signe de Babinski fait défaut dans 3 cas de section traumatique de la moelle épinière et dans le cas de cancer de la colonne vertébrale, mais il est présent dans tous les autres cas. Je ne l'ai jamais trouvé à l'état normal sur les 45 sujets que j'ai examinés, au moins avec les caractères bien définis qui le caractérisent à l'état pathologique. Sur 16 enfants nouveau-nés, je n'ai trouvé qu'une seule fois le signe de Babinski, sous forme d'extension, plus accusée au gros orteil. Par contre il est de règle chez les enfants nouveau-nés à l'état de sommeil. On peut le retrouver parfois chez les enfants d'un certain âge et même chez les adultes à l'état de sommeil. La région plantaire excitée n'est pas indifférente.

Dans 11 cas d'hémiplégie et paraplégie organique, l'excitation du bord externe donnait lieu au phénomène des orteils, tandis que l'excitation du bord interne produisait le réflexe normal en flexion. Le réflexe de Babinski n'a pas du tout la même signification que l'exagération des réflexes et le clonus du pied.

Différents états pathologiques et le sommeil chloroformique peuvent opérer une dissociation de ces trois phénomènes.

Dans les compressions progressives de la moelle épinière, les réflexes peuvent disparaitre de même que le clonus du pied, tandis que le phénomène de Babinski persiste. Dans l'hémiplégie récente immédiatement peu de temps après l'ictus, le phénomène de Babinski a déjà fait son apparition, tandis que l'exagération des réflexes ne paraît que beaucoup plus tard.

Le sommeil chloroformique opère une dissociation inverse, le signe de Babinski disparaît avant ou en même temps que les réflexes cutanés normaux, tandis que l'exagération des réflexes et le clonus persistent. On peut observer des phénomènes plus intéressants encore, à savoir : la disparition du signe de Babinski et l'apparition d'un réflexe plantaire en flexion, ou vice-versa, c'est-à-dire l'apparition pendant le sommeil chloroformique ou après,

du phénomène des orteils qui n'existait pas auparavant. Tous ces faits démontreraient à mon avis que le signe de Babinski est un trouble fonctionnel des voies pyramidales, mais il ne dépend pas de la lésion même des fibres pyramidales. Le siège du phénomène des orteils n'est pas dans la moelle, car il ne se produit pas dans les lésions transverses de l'axe spinal. F. BOISSIER.

BIBLIOGRAPHIE.

XVII. *Les psychoses chez les Juifs d'Algérie*; par M. VICTOR TRENGA. Thèse de doctorat (Montpellier, Delor-Boehm.

D'un style alerte et imagé. M. Victor Trenga nous peint la mentalité de certains Juifs algériens. Les tableaux brossés de main de maître, sont d'une vérité si saisissante qu'ils risquent de tromper le lecteur comme ils ont trompé l'auteur même. Hypnotisé par ses sujets, M. Trenga semble n'avoir plus rien vu d'autre autour de lui. Il me rapelle Zola (je ne crois pas qu'il se fâche du parallèle avec un tel maître) par la fidèlité du trait et la puissance du coloris. Pas un de ses portraits sous lequel, habitant ce pays, on soit embarrassé de mettre un nom. Mais Zola, quand il décrit ses Rougon-Maquart, sait bien qu'il s'agit d'une famille exceptionnelle, d'une famille de dégénérés. Il le sait et le dit. M. Trenga oublie de dire qu'il peint des exceptionnels. Si bien qu'à le lire, on croirait tous les Israélites d'Algérie bons à mettre à Charenton.

Ces réserves faites sur les généralisations trop hâtives et trop absolues de M.Trenga, j'estime qu'il a fait une œuvre documentée, originale, utile et — ce qui ne gâte rien — agréable à lire, en écrivant cette thèse. Il a montré la fréquence des psychoses beaucoup plus grande chez les Juifs d'Algérie que chez les autres races indigènes ou immigrantes de la colonie. Il en a recherché les causes, et il les a trouvées dans les idées et les coutumes traditionnelles de la race juive, dans les persécutions séculaires qu'elle a subies et dont il la plaint, dans ses fautes d'hygiène et son abandon du séjour et des travaux des champs, toutes causes dont les effets se sont transmis et accumulés par une longue hérédité qu'aggrave encore l'habitude des mariages consanguins.

Il est regrettable que M. Trenga n'ait pas encore humanisé d'avantage sa thèse en indiquant les remèdes au mal qu'il signale. Mais il se déduisent de l'énumération même des causes précitées : il faut que les Juifs sachent remonter le courant qui les a conduits à cette fâcheuse prédisposition aux psychoses; le salut de leur descendance est à ce prix. Dr L. MOREAU.

XVIII. *La mimique*; par Ed. Cuyer. 1 vol. in-12, fig. Paris, O. Doin, 1902.

La mimique est l'expression volontaire ou involontaire, la traduction au dehors des actes psychiques, des idées, des sentiments dont les manifestations extérieures sont le langage de la parole et des gestes. Il s'agit surtout dans ce livre de l'expression des émotions. Que la mimique soit volontaire ou non, les gestes faciaux ou corporels doivent être exactement les mêmes. Sur cette base l'auteur étudie d'abord la mimique émotive en général, puis, faisant méthodiquement l'étude myologique de la face il précise le mécanisme de chaque muscle pris à part, pour analyser ensuite les mouvements expressifs de chaque trait et de chaque région de la face pris à part. C'est ensuite les expressions données par la tête. le tronc et enfin les membres qui sont examinés un à un d'après chaque segment et chaque région ou organe pouvant traduire une impression. Cette longue analyse organique amène naturellement une synthèse fonctionnelle qui consiste en l'étude des sentiments dans l'ensemble de leur expression. Duchenne de Boulogne et Darwin sont les deux sources principales auxquelles l'auteur fait de nombreux emprunts et aux figures desquels il ajoute un grand nombre de dessins remarquablement exécutés par lui-même. L'ouvrage est très condensé, trop même, car il en résulte une certaine aridité, qu'un plus grand nombre de figures aurait peut-être attenuée. L'interprétation originelle des gestes expressifs est souvent heureuse, quelquefois partant discutable; telle celle du geste de menace trois doigts et le pouce fléchis et l'index étendu. M. Cuyer se demande si ce geste n'est pas né après l'invention des armes à feu, représentant par exemple la main visant avec un pistolet. N'est-il pas plus simple et plus réel de voir dans ce geste très fréquent, très spontané et évidemment plus ancien que les armes à feu, une main tenant un bâton dont elle menace la personne visée. F. Boissier.

XIX. *Jahresbericht über die Leistungen und Fortschrifte auf dem Gebreite der Neurologie und Psychiatrie.*

L'*Annuaire des travaux et mémoires, ayant trait à la Neurologie et à la Psychiatrie*, est édité par la librairie S. Karger, 15, Karlstrasse, à Berlin. Celui de 1902 ne comporte pas moins de 1.104 pages, grand in-8.

Cette publication dirigée par le Dr Ed. Flatau de Waschau, et les Drs Mendel et Jacobsohn de Berlin. aidés de nombreux collaborateurs allemands, autrichiens, américains et russes, comprend deux parties. Dans la 1re, subdivisée en six chapitres, sont relevés et même analysés, s'ils ont quelque importance, tous les travaux

portant sur les méthodes suivies dans l'étude du système nerveux, sur son anatomie, sa physiologie, sa pathologie et sur la thérapeutique générale et spéciale des maladies qui l'intéressent.

Dans la deuxième partie, consacrée à la Psychiâtrie, nous trouvons mentionnés tous les ouvrages sur la Psychologie, l'Etiologie, la symptomatologie et le diagnostic des diverses psychoses, sur l'anthropologie criminelle, la Psychiatrie juridique, la Thérapeutique des maladies mentales, sur les établissements d'aliénés et sur la question de l'internement.

Le volume se termine par un appendice, consacré à la littérature italienne, œuvre du Dr Lugaro de Florence.

On se rend aisément compte de l'importance et de la valeur de cette publication qui en est à sa cinquième année d'existence, d'autant plus que malgré le nombre considérable d'articles, les auteurs ne se sont pas bornés à de sèches analyses, mais ont fait œuvre de critique toutes les fois que l'importance du travail le comportait.

XX. *Le cerveau;* par les Drs Toulouse et L. Marchand (Volume de la *Petite Encyclopédie scientifique du XXe siècle)* ; chez Schleicher, frères, Paris, 1901.

A ce petit volume, simplement conçu et simplement écrit, on pourrait peut être adresser un reproche : celui de ne s'adresser ni à l'homme de science, ni aux gens du monde. Le premier n'y trouvera rien qu'il ne sache, les autres — et j'en ai fait l'expérience — le fermeront à la cinquième page. L'ouvrage est divisé en quatre parties, dont la première est consacrée à l'étude du cerveau dans la série animale (depuis l'aethalium jusqu'aux anthropoïdes). La seconde partie, la plus importante, est réservée à l'étude du cerveau de l'homme (l'embryologie, l'anatomie et l'histologie en 55 pages. Il est regrettable de n'y constater que des aperçus de technique (méthodes de Weigert, de Nissl, de Golzi) encombrant un cadre déjà trop restreint pour le sujet.

Troisième partie : physiologie du cerveau. A noter dans cette partie, un chapitre vraiment intéressant sur le langage. Enfin la quatrième partie est intitulée : *Aperçu de psychologie physiologique.* Cet aperçu m'a laissé rêveur, je crains de l'avoir mal compris.

Une notice mobile était jointe à l'ouvrage, et comme j'y lis « prière d'insérer », j'en extrais l'impression de l'éditeur : « C'est là un de ces livres de premier ordre que chacun devrait avoir, et surtout devrait lire, car le sujet nous touche essentiellement et certes, cette lecture sera une révélation pour la plupart, et en même temps qu'il nous sera de grand profit comme instruction, il nous charmera, et devant bon nombre de ses pages, on restera rêveur, surpris, émerveillé. » L.-E. Morel.

XXI. *Les alcoolisés non alcooliques. — Etude psycho-physiologique et thérapeutique sur l'intoxication alcoolique latente*; par le Dr Dromard (Paris 1902, Steinheil).

Dans l'intoxication alcoolique il existe, avant que le système nerveux soit définitivement lésé et que des faits cliniques l'expriment clairement, une phase que l'auteur cherche à mettre en relief. C'est cet état qui sans être manifestement pathologique témoigne d'une modification organique. Cet état purement transitoire, devient définitif. M. Dromard décrit cette phase, et il le fait avec une clarté et une précision remarquables. Déclarons avant de résumer les idées de l'auteur, que l'ouvrage est écrit dans un style alerte et agréable, qu'on regrette de ne pas rencontrer plus fréquemment dans les ouvrages médicaux.

Le dégoût de l'alcool, d'abord instinctif, ne tarde pas à disparaître sous l'influence de l'habitude provoquée par les mille circonstances de la vie. D'abord buveur bénévole, sain de corps et d'esprit, on devient un buveur pathologique et l'étape est ainsi franchie. C'est progressivement, honnêtement, bourgeoisement, sans jamais s'enivrer qu'on arrive ainsi à l'état morbide. On s'accoutume au poison et ce poison devient un besoin; les deux états sont engendrés par un état corrélatif de la cellule nerveuse. De déduction en déduction l'auteur arrive à cette conclusion : « à côté du type clinique de l'alcoolisme chronique (nettement pathologique), il existe un type paraclinique caractérisé par le double signe de l'accoutumance et du besoin. » Et il en montre l'analogie ou l'imprégnation morphinique, d'où sa dénomination d'alcoolomanie. La succession des faits est la même dans les deux intoxications. L'alcoolomanie mérite une autonomie, d'abord en raison de ses caractères propres qui la séparent de l'ivrognerie, de la dipsomanie, de l'alcoolisme proprement dit et de toutes les tares pathologiques relevant des méfaits de l'alcool en général. Elle le mérite ensuite en raison de ses limites naturelles qui bien que fort élastiques la placent entre une période de réaction à manifestations multiples et une période d'écroulement, indice d'une tare pathologique. Il y a un intérêt spécial à bien étudier cette phase de l'intoxication en raison de la possibilité de la guérir et de la mettre en lumière, puisque c'est son ignorance qui en fait le danger.

C'est sur ces données que M. Dromard cherche à établir une thérapeutique rationnelle et pour cela il propose le sérum antiéthylique dont on a déjà fort parlé il y a quelques mois. On n'a pas le droit, à notre avis, de le rejeter ou de l'accepter à l'heure qu'il est. Nous constatons simplement que ce mode de traitement a un défenseur habile et convaincu dans l'auteur de l'ouvrage, qui expose très clairement les bases de cette méthode et ses résultats actuels.

ASILES D'ALIÉNÉS.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

ASILES PRIVÉS FAISANT FONCTIONS D'ASILES PUBLICS, QUARTIERS D'HOSPICE ET MAISONS PARTICULIÈRES

AVEC LES NOMS DES MÉDECINS EN CHEF ET MÉDECINS-ADJOINTS ET LE NOMBRE DES INTERNES.

AIN.	Pas d'asile public d'aliénés. 2 asiles privés faisant fonctions d'asiles publics :	
	1° Asile St-Georges (hommes) à Bourg.	Directeur-médecin, Dr Adam. 1 interne.
	2° Asile Sainte-Madeleine (femmes) à Bourg.	Médecin-chef, Dr Louis. Médecin-adjoint, Dr Dupré. Pas d'interne.
AISNE.	Asile public de Prémontré.	Médecin-directeur, Dr Pilleyre. Médecin-adjoint, Dr Terrade. 2 internes.
ALLIER.	Asile public de Sainte-Catherine, près Moulins.	Médecin-directeur, Dr Bourdin. Médecin-adjoint, Dr Brunet. 2 internes.
	Colonie familiale d'Ainay-le-Chateau.	Médecin-Directeur, Dr Lwoff. Pas d'interne.
ALPES (BASSES-).	Pas d'asile.	
ALPES (HAUTES-).	Pas d'asile.	
ALPES-MARITIMES.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Saint-Pons.	Médecin-chef, Dr Planat. Médecins-adjoints : Drs Auby, Pietri, Cossa, médecin-inspecteur. Pas d'interne.
ARDÈCHE.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Sainte-Marie-de-l'Assomption.	Médecin-chef, Dr Benoit (Camille). Médecin-adjoint, Dr Blache. 2 médecins-suppléants : Drs Duday, Benoit (Pierre). Pas d'interne.
ARDENNES.	Pas d'asile.	

ARIÈGE.	Asile public de Saint-Lizier.	Directeur-médecin, Dr Malfilatre. 1 interne.
AUBE.	Pas d'asile.	
AUDE.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Limoux.	Médecin-chef, Dr Rougé. Médecin-adjoint, Dr Giret. Pas d'interne.
AVEYRON.	Asile public de Rodez.	Directeur-médecin, Dr Ramadier. 2 internes.
BOUCHES-DU-RHÔNE.	2 asiles publics :	
	1° Saint-Pierre à Marseilles.	Médecins-chefs : Drs Monnier, Boubila. Médecins-adjoints : Drs Allaman, Pelissier. 2 internes en médecine. 2 internes en pharmacie.
	2° Aix.	Médecin-chef, Dr Rey. Médecin-adjoint, Dr Monestier. Pas d'interne.
	3 maisons de santé :	
	Sainte-Marthe.	Directeur-médecin, Dr Lachaux.
	Le Canet.	Médecin-chef, Dr Bidon.
	Saint-Paul.	Médecin-chef, Dr Séja.
CALVADOS.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Le Bon-Sauveur à Caen.	Médecins-chefs : Drs Guillet, Gosselin. Médecins-adjoints : Drs Corchet, Lemonnier, officier de santé. Pas d'interne.
CANTAL.	Pas d'asile public.	
	Quartier d'hospice à Aurillac.	Médecin-chef, Dr Fesq. Médecin-adjoint, Dr Béniac. Pas d'interne.
CHARENTE.	Asile public de Breuty-la-Couronne, près Angoulême.	Médecin-directeur, Dr Bellat. 2 internes.
CHARENTE-INFÉRIEURE.	Asile public de Lafond, près La Rochelle.	Médecin-directeur, Dr Mabille. Médecin-adjoint, Dr Capgras. 1 interne.

CHER.	1° Asile public de Beauregard, près Bourges.	Médecin-directeur, Dr Homery. 1 interne.
	2° Colonie familiale de Dun-s.-Auron.	Médecins-adjoints : Drs Truelle, Ameline. Pas d'interne.
CORRÈZE.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	La Cellete.	Médecin-chef, Dr Bargy. Médecin-adjoint, Dr Louradou. Pas d'interne.
CORSE.	Pas d'asile.	
CÔTE-D'OR.	Asile public d'aliénés de Dijon.	Médecin-directeur, Dr Garnier. Médecin-adjoint, Dr Santenoise. 2 internes.
CÔTES-DU-NORD.	Pas d'asile public.	
	1° Quartier d'hospice à St-Brieuc.	Médecin-chef, Dr Guibert. Médecin-adjoint, Dr Tostivint. Pas d'interne.
	2° Asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Lehou.	Médecin-chef, Dr Ollivier. Médecin-adjoint, Dr Chatellet. Pas d'interne.
	2° Asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Begard.	Médecin-chef, Dr Le Cuziat. Médecin-adjoint, N... Pas d'interne.
CREUSE.	Pas d'asile.	
DORDOGNE.	Pas d'asile.	
DOUBS.	Pas d'asile public.	
	Quartier d'hospice à Besançon.	Médecin-chef, Dr Baudin. Médecin-adjoint, Dr Toubin. Chirurgien, Dr Gounaud. 1 interne.
DRÔME.	Pas d'asile.	
EURE.	Asile public d'Evreux.	Médecin-chef, Dr Bessières. Médecin-adjoint, Dr Leroy. 2 internes.
	Quartier spécial de Gaillon.	Dr Leroy.
EURE-ET-LOIR.	Asile public de Bonneval.	Médecin-directeur, Dr Dericq. 2 internes.

FINISTÈRE.	Asile public de Saint-Athanase près Quimper.	Médecin-directeur, Dr Meilhon. Médecin-adjoint, Dr Croustel. 1 interne.
	Quartier d'hospice à Morlaix.	Dr Bodros. Pas d'interne.
GARD.	Pas d'asile.	
GARONNE (HAUTE-).	1° Asile public de Braqueville.	Médecin-directeur, Dr Dubuisson. Médecin-adjoint, Dr Toy. 2 internes.
	2° Maison de santé du Dr Parant.	Dr Parant. Pas d'interne.
	3° Clinique d'observation à l'hospice de la Grave, à Toulouse.	Dr Rémond (professeur). 2 internes.
GERS.	Asile public d'Auch.	Médecin-directeur, Dr Chevalier-Lavaure. 2 internes.
GIRONDE.	2 asiles publics :	
	1° Bordeaux.	Médecin-chef, Dr Anglade. Médecin-adjoint, Dr Jacquin. 2 internes.
	2° Cadilhac.	Médecin-chef, Dr Nicoulau. 3 internes.
	Asile privé de Castel d'Andorte, au Bouscat.	Médecin-directeur, Dr Lalanne. 1 interne.
HÉRAULT.	1° Quartier d'hospice à Montpellier.	Médecin-chef, Dr Mairet (professeur). Médecin-adjoint, Dr Ardin-Delteil. 3 internes.
	2° Maison de santé Rech.	Directeur, Dr Bonnaud. Médecin-chef, Dr Baumel. Pas d'interne.
ILLE-ET-VILAINE.	Asile public de Rennes.	Médecin-chef, Dr Sizaret. Médecin-adjoint, Dr Dide. 3 internes.
INDRE.	Pas d'asile.	
INDRE-ET-LOIRE.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Tours.	Médecin-chef, Dr Archambault. 1 interne.
ISÈRE.	Asile public de Saint-Robert.	Médecin-chef, Dr Bonnet. 2 internes.
	Asile privé de Meyzieux.	Médecin-directeur, Dr Courzon. Médecin-adjoint, Dr Larivé. Pas d'interne.

JURA.	Asile public de Saint-Ylie.	Médecin-directeur, Dr Journiac. Médecins-adjoints : Drs Dodero, Wahl. 2 internes.
LANDES.	Pas d'asile.	
LOIR-ET-CHER.	Asile public de Blois.	Médecin-directeur, Dr Doutrebente. Médecin-adjoint, Dr Marchand. 1 interne.
LOIRE.	Pas d'asile.	
(HAUTE-). LOIRE.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Montredan.	Médecin-chef, Dr Bonhomme. Médecins-adjoints : Drs Abrial, Kœppelin. Pas d'interne.
LOIRE-INFÉRIEURE.	Pas d'asile public.	
	1° Quartier d'hospice Saint-Jacques, à Nantes.	Médecin-chef, Dr Biaute. Médecin-adjoint, Dr Houeix de la Brousse. 2 internes.
	2° Maison de santé Fortineau.	Directeur-médecin, Dr Fortineau. Pas d'interne.
LOIRET.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Orléans.	Médecin-chef, Dr Rayneau. 2 internes.
LOT.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public :	
	Leyme.	Médecin-chef, Dr Garcie. Médecin-adjoint, Dr Pasturel. Pas d'interne.
LOT-ET-GARONNE.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Agen.	Médecin-chef, Dr Marou. Pas d'interne.
LOZÈRE.	Asile public de Saint-Alban.	Médecin-directeur, Dr Nolé. 2 internes.
MAINE-ET-LOIRE.	Asile public de Sainte-Gemmes près Angers.	Médecin-directeur, Dr Petrucci. Médecin-adjoint, Dr Baruck. 2 internes.
MANCHE.	Pas d'asile public. 3 asiles privés faisant fontions d'asiles publics :	
	1° Pontorson.	Médecin-chef, Sizaret. Médecin-adjoint, Dr Bailleul. Pas d'interne.

MANCHE.	2° Picanville.	Médecin-chef, Dr Vial. Suppléant, Dr Bellei. Pas d'interne.
	3° Saint-Lô.	Médecin-chef, Dr Lhomond. Pas d'interne.
MARNE.	Asile public de Châlons-s.-Marne.	Médecin-directeur, Dr Guyot. Médecin-adjoint, N... 1 interne.
MARNE (HAUTE-).	Asile public de Saint-Lizier.	Médecin-directeur, Dr Chaussinaud. 2 internes.
MAYENNE.	Asile public de Laroche-Gaudan.	Médecin-directeur, Dr Broquère. Médecin-adjoint, Dr Pain. 1 interne.
MEURTHE-ET-MOSELLE.	1° Asile public de Maréville.	Médecins-chefs : Drs Paris, Vernet. Médecin-adjoint, Dr Lalanne. 5 internes.
	2° Maison de santé de la Malgrange.	Médecin-directeur, Dr Picard. Pas d'interne.
	3° Quartier d'hospice de Saint-Nicolas.	Médecin-chef, Dr Dupré. Pas d'interne.
MEUSE.	Asile public de Fains.	Médecin-directeur, Dr Galopain. Médecin-adjoint, Dr Ricoux. 2 internes.
MORBIHAN.	Asile public de Lesvellec.	Médecin-directeur, Dr Schils. Médecin-adjoint, Dr Pochon. 1 interne.
NIÈVRE.	Asile public de La Charité.	Médecin-directeur, Dr Faucher. Médecins-adjoints : Drs Bourdin, N... 2 internes.
NORD.	1° Asile public d'Armentières.	Médecin-directeur, Dr Chardon. Médecin-adjoint, Dr Raviard. 2 internes.
	2° Asile public de Bailleul.	Médecin-directeur, Dr Cortyl. Médecins-adjoints : Drs Deswartz, Bécue. 2 internes.
	3° Asile privé faisant fonctions d'asile public : Lommelet.	Médecin-chef, Dr Bouchaud. Médecin-adjoint, Dr Lecocq. Pas d'interne.

Département	Asile	Personnel
Oise.	Asile public de Clermont.	Médecins-chefs : Drs Boiteux, Thivet. Médecins-adjoints : Drs Roques de Furzac, Coulon. Directeur, M. Lesvier. 4 internes.
Orne.	Asile public d'Alençon.	Médecin-directeur, Dr Charuel. Médecin-adjoint, Dr Chocreaux. 1 interne.
Pas-de-Calais.	Asile public de Saint-Venant.	Médecin-directeur, Dr Cortyl. Médecin-adjoint, Dr Briche. 1 interne.
Puy-de-Dôme.	Pas d'asile public. 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Sainte-Marie-de-l'Assomption.	Médecin-chef, Dr Hospital. Médecin-adjoint, Dr Fouriaux (J.). 2 internes.
Pyrénées (Basses-).	Asile public de Saint-Luc.	Médecin-directeur, Dr Girma. Médecin-adjoint, Dr Dubourdieu. 3 internes.

Pyrénées (Hautes-). Pas d'asile.

Pyrénées-Orientales. Pas d'asile.

Rhin (Haut-) (Territoire de Belfort). Pas d'asile.

Département	Asile	Personnel
Rhône.	1° Asile public de Bron.	Médecins-chefs : Drs Rousset, Viollon. Médecins-adjoints : Drs Papillon, Alombert. 5 internes.
	2° Asile privé faisant fonctions d'asile public : St-Jean-de-Dieu.	Médecin-chef, Dr Devay. Médecins-adjoints : Drs Carrier, Martin. Pas d'interne.
	3° 4 maisons de santé : Saint-Vincent-de-Paul.	Médecin-chef-directeur, Dr Carrier. 2 internes.
	Champ-Vert.	Médecin-chef-directeur, Dr Rebattel. 2 internes.
	Vaugueray.	Médecin-chef-directeur, Dr Serullaz. Pas d'interne.
	Verbe-Incarné.	Médecin-chef-direct., Dr Bertoye. Pas d'interne.

SAÔNE (HAUTE-) et SAÔNE-ET-LOIRE. Pas d'asile.

SARTHE.	Asile public du Mans.	Médecin-chef, Dr Petit Gilbert. Médecin-adjoint, N... 2 internes.
SAVOIE.	Asile public de Bassens.	Médecin-directeur, Dr Dumaz. Médecin-adjoint, Dr Levet. 2 internes.

SAVOIE (HAUTE-). Pas d'asile.

SEINE.	1° Asile clinique. Médecins en chef : Magnan, prof. A. Joffroy, Dubuisson, Dagonet, Vallon. 2° Villejuif. 4 médecins en chef. MM. Briand, Marie, Pactet, Toulouse. Directeur, M. Lucipia.	
	3° Bicêtre.	Médecins-chefs : Drs Bourneville, Féré, Séglas et Chaslin. Médecin-adjoint, Dr Nageotte.
	4° Salpêtrière.	Médecins-chefs : Drs Voisin, Charpentier, Deny. Médecin-adjoint : Dr Roubinowitch. 43 internes pour tous les asiles de la Seine.
	Ville-Evrard (en Seine-et-Oise).	3 médecins en chef : MM. Keraval, Legrain, Marandon de Montyel, Sérieux. 5 int. en méd., 3 en pharmacie.
	5° Charenton.	2 médecins en chef : MM. Christian et Ritti. 4 internes.
	6° 12 maisons privées.	23 médecins en chef et 11 médecins adjoints. 6 internes.
SEINE-INFÉRIEURE.	1° Asile public de Saint-Yon.	Médecin-chef, Dr Giraud. Médecins adj. : Dr Trénel, Dr Hamel. 3 internes.
	2° Asile public de Quatre-Mares.	Médecin-chef, Dr Lallemant. Médecin-adjoint, Dr Thibaut. 2 internes.
	3° Quartier d'hospice au Havre.	Dr Caron. 1 interne.
	4° Quartier d'hospice à Dieppe.	Médecin-chef, Dr Hurpy. Médecin-adjoint, Dr Piquet. 1 interne.

SEINE-ET-MARNE. Pas d'asile.

SEINE-ET-OISE.	Maison-Blanche.	2 médecins en chef : MM. Boudrie et Taguet. 2 int. en méd., 2 en pharm.
	Vaucluse.	3 médecins en chef : MM. Blin, Dupain et Vigouroux. 3 int. en méd., 2 en pharm.
SÈVRES (DEUX-).	Pas d'asile public. La Providence (dépendance de l'hospice de Niort).	Médecin-chef, Dr Dumay-Soles. 1 interne.
SOMME.	Asile public de Dury-les-Amiens.	Médecin-direct., Dr Charon. Médecin-adjoint, Dr Martin. 2 internes.
TARN.	Pas d'asile public. 1 asile privé du Bon-Sauveur.	Médecin-chef, Dr Pailhas. Médecin-adjoint, Dr Guy. Pas d'interne.
TARN-ET-GARONNE.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Montauban.	Médecin-directeur, Dr Periès. 2 internes.
VAR.	Asile public de Pierrefeu.	Médecin-chef, Dr Belletrud. Médecin-adjoint, Dr Mercier. 2 internes en médecine. 1 — en pharmacie.
VAUCLUSE.	Asile public de Mont-de-Vergnes.	Médecin-chef, Dr Pichenot. Médecins-adjoints Dr Rodiet. Dr Castin. 4 internes.
VENDÉE.	Asile public de La Roche-sur-Yon.	Médecin-directeur, Dr Cullerre. 2 internes.
VIENNE.	Pas d'asile public. Quartier d'hospice à Poitiers.	Médecin-directeur, Dr Lagrange. Médecin-suppléant, Dr Berlond. 1 interne.
VIENNE (HAUTE-).	Asile public de Naugeat.	Médecin-directeur, Dr Maupaté. Médecin-adjoint, Dr Fenayrou. 3 internes.
VOSGES.	Pas d'asile public. 1 maison particulière dite pensionnat de Mattaincourt.	Dr Calbat. Pas d'interne.
YONNE.	Asile public d'Auxerre.	Médecin-directeur, Dr Hamel. Médecin-adjoint, Dr Mignot. 1 interne.
ALGÉRIE.	Pas d'asile.	

L'asile de la Maison Blanche et celui de Ville-Evrard appartiennent au département de la Seine. Ils ont pour *directeurs administratifs*, MM. Druon et Balet. Pharmaciens, MM. Thabuis et Moureu. — A Vaucluse, 1 directeur-administratif, M. Pichon, Pharmacien, M. Valeur. — A l'Asile clinique, 1 directeur-administratif, M. Guillot. Pharmacien, M. Quesneville ; 8 internes en médecine et 4 en pharmacie.

III. La surveillance des aliénés dans les asiles pendant la nuit ; par John Keay. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Les aliénés internés dans les asiles régionaux passent à peu près la moitié de leur temps au lit : règle générale il se couchent à huit heures et se lèvent à six. La question de savoir si ce séjour au lit ne pourrait pas être utilement abrégé ne sera pas actuellement examinée ; et l'auteur se bornera à étudier la question, grave entre toutes, de la surveillance des malades pendant ces dix heures de séjour au lit. Il n'y a pas bien longtemps que cette question est soulevée. Dans un passé qui n'est pas bien lointain, on enfermait chaque soir les malades aigus ou agités dans des chambres séparées, les autres dans les dortoirs avec la touchante confiance que la providence veillerait sur eux et qu'il n'arriverait rien de fâcheux. Si un malade se suicidait, si un épileptique étouffait, c'était un malheur, mais tout le monde sait qu'il arrive des malheurs.

Il n'en est plus ainsi et les malades aigus ou nouvellement admis, ceux qui ont des idées de suicide, les épileptiques sont soumis pendant la nuit à une surveillance continuelle.

Le progrès est manifeste, mais il n'est pas suffisant : l'auteur estime 1° que la surveillance de nuit des aliénés atteints de maladies somatiques n'est pas ce qu'elle devrait être ; 2° que beaucoup de malades n'ont pas besoin de cette surveillance de nuit et pourraient avec avantage en être dispensés ; 3° que la surveillance exercée par le personnel de nuit est insuffisante.

1° Supposons une salle de femmes contenant vingt lits : pendant le jour il y a deux ou trois infirmières, une surveillante qui va et vient, et trois ou quatre visites médicales.

Pendant les dix à douze heures de repos, tout cela est remplacé par les soins d'une seule infirmière, le plus souvent peu experte et non diplômée. La situation est encore plus défectueuse dans les salles d'hommes où on ne trouve la nuit qu'un serviteur ordinaire sans expérience et sans instruction professionnelles. Le remède naturellement consisterait à avoir dans les salles d'hommes aussi bien que de femmes des infirmières instruites en permanence toute la nuit. 2° Il y a des surveillances de nuit qui sont inutiles : une ronde faite toutes les heures par exemple, parait absolument superflue pour des malades parmi lesquels on n'a laissé aucun de ceux qui

peuvent donner quelque inquiétude, lesquels comme on l'a vu plus haut, sont transférés dans les dortoirs d'observation. La ronde ne fait que réveiller des malades tranquilles. Une sonnette dans chaque pièce suffit pour le cas où un malade aurait besoin d'assistance. Dans l'asile que dirige l'auteur, aucun serviteur ne couche dans les dortoirs : leur présence serait une des dispositions les plus fâcheuses que l'on puisse concevoir à la fois pour les malades et pour le personnel.

La porte des chambres de surveillants ne s'ouvre pas non plus directement dans le dortoir ; un pareil arrangement est également préjudiciable au repos des malades et du personnel. Il ne faut pas demander cette surveillance de nuit à un infirmier qui a bien fait sa journée et qui a besoin de repos : si on le réveille, il sera irritable et disposé à calmer les malades par des mesures sommaires.

D'ailleurs le voisinage du surveillant ne donne qu'une fausse sécurité, et pour peu qu'il ait le sommeil lourd, un malade peut en étrangler un autre dans le dortoir sans qu'il s'éveille.

3° Si dans un asile de 600 malades on augmente le chiffre du personnel de nuit dans la proportion de deux à dix ou douze, la question de savoir comment on surveillera ce personnel s'impose à notre attention : l'auteur rappelle ici un certain nombre de fraudes dont se rendent coupables les infirmiers pour diminuer ou adoucir leur service.

Les procédés mécaniques de constatation de la présence d'une personne dans un endroit donné à un certain moment (horloges électriques qu'il faut toucher) sont des moyens insuffisants qu'il faut reléguer au nombre des jouets d'enfant. Un surveillant et une surveillante en chef pour le service de nuit, seront eux-mêmes pris dans le personnel des asiles, n'offriront pas beaucoup plus de garanties que leurs subordonnés, et se rendront de mutuels services au détriment de la surveillance.

Le seul moyen efficace, suivant l'auteur, est d'obtenir, comme dans les hôpitaux généraux, le concours de dames, instruites dans l'art de soigner les malades, et qui exerceront sur l'asile, pendant la nuit, une serveillance et une direction, et auront sous leurs ordres le personnel de nuit : cette dame n'aurait pour chefs que les médecins de l'asile, qui lui donneraient, quand il y aurait lieu, les instructions nécessaires pour le traitement des cas particuliers pendant la nuit. L'auteur ne connaît qu'un seul asile où ce système ait franchi la période d'expérimentation pour entrer en fonctionnement régulier, c'est l'asile de Larbert, et le Dr Robertson n'a qu'à se louer des résultats, qui constituent pour la surveillance de nuit un immense progrès sur le passé [1].

[1] Voir l'analyse de l'important travail du Dr Robertson dans le n° de mai des *Archives*, p. 461.

En résumé les desiderata formulés par l'auteur sont les suivants : 1° que les malades des deux sexes soient soignés par des infirmières instruites dans leur art ; 2° que les cas récemment admis, les cas aigus, les épileptiques, les agités, les bruyants, les aliénés à idées de suicide soient placés dans des dortoirs spéciaux sous une surveillance constante ; 3° que les malades qu'il convient de surveiller, mais non d'une manière continue soient placés dans des dortoirs ordinaires soumis à des visites périodiques ; 4° que les malades tranquilles, inoffensifs, en qui on peut avoir confiance soient placés dans des dortoirs ou des chambres séparées avec des portes ouvertes, sans inspection des surveillants ; 5° que ce soit une dame, expérimentée dans l'art de soigner les malades, qui exerce les fonctions de surveillante en chef du personnel de nuit pour l'asile tout entier. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

Dès l'origine, dans notre service d'enfants à Bicêtre, nous avons obtenu de M. Peyron, alors directeur de l'assistance publique, un veilleur ou une veilleuse par salle. Par conséquent nos enfants épileptiques ont été surveillés. Pas toujours comme nous l'aurions voulu car de même que M. Keay le *service de veille,* au lieu d'être confié à des infirmiers et infirmières *expérimentés*, *diplômés*, est encore malgré tous nos efforts depuis 25 ans, confié aux *débutants*.

Aucun agent ne couche dans les dortoirs ; c'est la thèse que nous avons toujours essayé de faire prévaloir, soit dans de nombreuses discussions à la Commission de surveillance des asiles de la Seine, soit dans les *Archives* ou dans les Congrès.

Relevons enfin l'opinion de l'auteur que nous soutenons depuis bien longtemps, relative à l'emploi des infirmières dans les asiles d'aliénés, la surveillante en chef ne dépendant que du médecin, seul compétent pour lui donner des instructions sur la conduite à tenir envers les malades.

BOURNEVILLE.

IV. **La construction des asiles dans les pays tropicaux** ; par P.-C.-J, van BRERO. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1901.)

L'auteur, qui est médecin de l'asile gouvernemental de Buitenzorg (Java) résume dans cet article les conditions principales que doit réaliser un asile construit spécialement en vue des climats tropicaux. Son travail est accompagné d'un plan. R. M.-C.

V. **Discours présidentiel prononcé à la soixantième réunion annuelle de l'Association médico-psychologique,** tenue à Cork

le 25 juillet 1901; par Oscar Woods. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Ainsi que l'a fait remarquer M. Conolly Norman en félicitant l'orateur, ce discours touche à une multitude de sujets, et par là, comme la plupart de ceux qui l'ont précédé, il échappe à toute analyse. R. M. C.

VI. **La question des retraites : son influence sur les fonctionnaires des asiles, avec suggestions pour une législation ultérieure**, par Edward D. O' Neill (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1901).

Etude d'un caractère tout spécial que nous devons nous borner à indiquer. R. M. C.

VII. **Un plaidoyer en faveur de relations plus étroites entre l'Association médico-psychologique et les médecins qui se consacrent au traitement des aliénés dans des établissements particuliers**; par Elliot Daunt. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901.)

On ne peut que signaler ici ce travail qui, bien que dépourvu de caractère scientifique, intéresse les médecins anglais qui s'occupent de psychiatrie sans être directement attachés à des asiles.
R. M.-C.

VIII. **Quelques incidents de l'histoire et des coutumes de l'asile de Ticehurst**; par les Directeurs-Médecins. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1901.)

Notice curieuse et intéressante sur cet asile, aujourd'hui plus que centenaire. R. M.-C.

IX. **Direction administrative des asiles et petit personnel**; par J. Beveridge Spence. (*Brit. med*, octobre 1901.)

Exposé fait au congrès de la British medical Association.

Le président de la section de psychologie développe la nécessité de soigner l'éducation morale des infirmiers et agents divers en même temps que les conditions matérielles dans lesquelles l'administration les place, si l'on veut pouvoir réclamer d'eux ces soins diligents pour les malades et un aide attentif pour les médecins.
A. Marie.

X. **De l'examen anthropologique des malades des asiles**; par Ed. Goodall. (*Brit. med. Journ.*, octobre 1901.)

L'auteur propose un questionnaire spécial qu'il détaille longuement pour l'examen anthropologique adapté au cas spécial des aliénés. A. M.

VARIA.

TREIZIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE
(*Session de Bruxelles*).

Le programme comprendra : 1° Questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Grenoble (1902); a. *Pcychiatrie* : **Catatonie et stupeur.** Rapporteur M. le Dr CLAUS (d'Anvers). b. *Neurologie* : **Histologie de la paralysie générale,** Rapporteur : M. le Dr KLIPPEL (de Paris); c. *Assistance, Thérapeutique* : **Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses.** Rapporteur : M. le Dr TRENEL (de Saint-Yon); 2° Travaux divers, démonlrations, etc.

Nous avons tout lieu d'espérer que, comme par le passé, les compagnies de chemins de fer consentiront à accorder une réduction notable aux Congressistes. Nous vous prions de bien vouloir adresser, dès maintenant, votre adhésion au secrétaire général du Congrès. Les titres des communications diverses devront nous parvenir avant le 1er juin 1903. Afin de faliciter la tâche des journalistes et dans le bnt d'éviter les erreurs, nous prions les auteurs de nous adresser, avant le 1er juillet, un résumé succinct de leurs travaux, résumé qui sera immédiatement imprimé et distribué au cours des séances. Vous recevrez ultérieurement les renseignements concernant les logements, les excursions, les visites d'asile et de colonies, etc. — Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments très distingués. *Le Secrétaire général,* Dr J. CROCQ. — *Le Président,* Professeur FRANCOTTE.

N. B. — Prière d'envoyer l'adhésion à M. le Dr CROCQ, avenue Palmerston, 27, Bruxelles.

ENSEIGNEMENT DES SOURDS-MUETS.

Voici les *conclusions* d'un travail publié il y a quelques mois par notre ami le Dr A. REGNARD, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

I. Les sourds-muets se divisent en deux catégories, suivant qu'ils sont atteints de surdité congénitale ou surdité acquise, survenue d'ordinaire dans la première enfance.

II. Toutes choses égales d'ailleurs, une des causes essentielles de leur infériorité est l'absence de cet élément capital du développement intellectuel : la formation du langage articulé et l'évolution de la parole.

III. Ce phénomène de développement d'ordre inconscient, absolument reflexe, ne fait pas défaut chez l'enfant atteint de surdité acquise, c'est-à-dire, devenu sourd, d'ordinaire, à l'âge de deux ou trois ans au plus. Ces enfants-là avec plus d'intelligence ont en même temps une meilleure voix, puisqu'ils ont parlé: chez eux, on rencontre les sourds-muets les plus remarquables, et, à cet ordre, appartiennent généralement tous ceux qui retirent le plus de fruit de l'enseignement.

IV. Au point de vue de l'instruction des sourds-muets, le livre VI, chapitre XXII du Code Justinien, montre bien qu'à Rome, déjà, on s'en occupait depuis longtemps.

V. L'histoire du sourd-muet traité et guéri au VIIe siècle, par Jean de Beverley, est absolument apocryphe.

VI. En dépit des assertions concernant les mérites de Pierre, Ponce (de Léon), on ne connait rien de précis sur ce moine, qui n'a laissé aucun écrit.

VII. Le véritable initiateur, l'inventeur de la méthode orale est l'illustre Juan Pablo Bonet, d'Aragon, secrétaire du connétable de Castille, homme de la Renaissance et savant humaniste qui dans son inappréciable livre sur la *Réduction des lettres et l'art d'enseigner à parler aux muets*, établit sur des bases inébranlables les principes essentiels de *l'enseignement oral* — seul moyen de remplir le but — qui est de rendre le sourd-muet à la Société, au commerce des hommes.

VIII. Jean-Conrad Amman, suisse allemand, établi à Amsterdam compléta en 1692, dans son *Surdus loquens*, l'œuvre de Bonet, en insistant sur la *lecture sur les lèvres*, dont celui-ci avait entrevu la possibilité.

IX. Le trop-surfait Wallis ne paraît, au point de vue l'enseignement des sourds-muets, que comme un vulgaire charlatan.

X. L'Allemand Heinicke, trop attaqué, toujours misérable et besogneux eut la gloire de maintenir et de propager dans son pays la méthode orale, fondée par Bonet et complétée par Amman.

XI. Jacob Rodriguez Pereira, dit Péreire, juif portugais, importa en France la méthode orale qu'il avait connue dans la patrie de Bonet. En dépit de certaines réserves et du mystère dont il enveloppait ses démonstrations, il aurait pu rendre des services. L'abbé Deschamps, d'Orléans, véritable humanitaire, homme du XVIIIe siècle, par plus d'un côté pratiquait aussi l'enseignement oral, et aurait pu à cet égard maintenir la France au niveau des nations les plus favorisées (Voir sur cette question le livre remarquable d'Ed. Séguin).

Les aliénés en liberté.

— Depuis quelque temps, un comptable, M. Cousin, âgé de quarante-trois ans, demeurant rue Damrémont, *donnait des signes de*

dérangement cérébral. Hier soir, s'imaginant que sa femme voulait l'empoisonner, il résolut de la brûler vive. Dans ce but, il amassa des chiffons sous le lit dans lequel la malheureuse venait de s'endormir, et, après les avoir imbibés de pétrole, y mit le feu.

Mme Cousin se réveilla, heureusement, et appela les voisins. Ceux-ci parvinrent — non sans peine — à se rendre maîtres du forcené et à éteindre le commencement d'incendie. M. Cousin a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt (*Le Matin*, 8 septembre 1902).

— Le commissaire de police du quartier Saint-Lambert a requis hier après-midi, à deux heures et demie, les pompiers pour s'emparer d'une folle, Mme Bertrand, demeurant 20, rue de Chambéry, qui s'était barricadée chez elle, au cinquième étage, refusant d'ouvrir et menaçant de se jeter par la fenêtre si on tentait d'enfoncer sa porte. Les sapeurs ont pénétré chez cette femme par la fenêtre en s'aidant d'une échelle qu'ils avaient accrochée au balcon du sixième étage. Mme Bertrand a été transportée à l'infirmerie spéciale du Dépôt (*Le Matin*, 8 septembre 1902).

Madame Sarah Bernhardt et le fou. — De Nantes au *Petit Journal :* La représentation de la *Dame aux Camélias* donnée, hier soir, au théâtre de la Renaissance, par Mme Sarah Bernhardt a été troublée par un incident.

Un monsieur très correct, en habit, qui avait pris place aux fauteuils des premières, sortit pendant le premier acte en tenant des propos bizarres, racontant qu'il était descendu au même hôtel que Mme Sarah Bernhardt, qu'il avait à peine mangé et qu'il s'absentait pour « faire une critique urgente ».

Au contrôle, il demanda à parler à la grande artiste, en insistant très vivement. Sur ces entrefaites, on apprit que le malheureux, en quittant l'hôtel, avait déclaré qu'il voulait enlever Mme Sarah Bernhardt. C'était un fou.

Il fallut lui dire qu'on le conduisait près de l'actrice pour l'emmener en voiture et le conduire à la mairie. Il y passa la nuit, très agité, se disant le Messie et le « disciple de Sarah », parlant de son amour pour elle et de son intention de l'enlever. On a interné aujourd'hui le malheureux à l'asile d'aliénés (*Le Matin*, 19 septembre 1902).

Folie et mysticisme. — La concierge de l'immeuble situé 18, rue de Tlemcen se présentait, hier dans la matinée, au commissariat de M. Tirache, place Gambetta, demandant aide et secours contre une de ses locataires, la demoiselle Juliette Teldat, âgée de cinquante-sept ans, qui, disait-elle, avait depuis la veille au soir fait dans sa chambre un bruit d'enfer, brisant son mobilier, hurlant et ameutant les voisins.

Deux inspecteurs du commissariat suivirent la concierge à l'en-

droit indiqué et purent se convaincre que l'honnête portière n'avait rien exagéré : à la fenêtre d'un logement situé au premier étage sur la cour, Juliette Teldat se tenait à demi nue, les cheveux sur le dos, gesticulant et faisant mine à chaque instant de se précipiter dans le vide.

Comme elle avait fermé sa porte à double tour, après avoir entassé derrière ce qui lui restait de meubles, encore à peu près entiers, les inspecteurs durent pour pénétrer dans la place envoyer chercher une échelle qu'on appliqua contre la fenêtre. A la vue des arrivants, la pauvre femme qui était atteinte de folie mystique à laquelle se joignait la manie de la persécution, marcha à leur rencontre, leur présentant au visage un bâton arraché à l'une de ses chaises et dont elle se servait comme d'un crucifix : « Arrière, démons, s'écriait-elle, arrière Satan qui venez pour me faire rôtir ! »

Quelques instants après, elle se jetait à genoux devant un agent en uniforme en qui elle croyait voir le « Messie » qui venait la chercher. Ce fut, d'ailleurs, grâce à cette croyance qu'on put arriver à ligoter la malheureuse folle et à la descendre, toujours par la fenêtre, jusqu'à un fiacre réquisitionné.

Le trajet de la maison au commissariat ne se fit pas sans encombre. Par une extraordinaire malchance, le cheval du fiacre étant tombé à la hauteur du numéro 6 de la rue Oberkampf, les deux brancards du véhicule furent cassés. Effrayée à nouveau par le choc, la folle se mit à jeter des cris perçants qui, en un clin d'œil, amassèrent autour de la voiture plusieurs centaines de personnes indignées, croyant à un rapt, et décidées à faire un mauvais parti aux inspecteurs qu'ils considéraient comme d'odieux ravisseurs. L'agent en uniforme qui suivait à pied, à quelque distance, arriva fort à propos sur ces entrefaites et sa présence sauva une seconde fois la situation. Juliette Teldat a été dirigée, par les soins de M. Tirache, sur l'infirmerie spéciale du dépôt. (*France*, de Bordeaux, 23 septembre 1902).

L'éducation du public est à faire pour tout ce qui concerne la préhension, l'hospitalisation, la convalescence et le patronage des aliénés. L'intervention de la foule est impulsive et ne fait qu'aggraver le mal.

Le Christ au poste. — « Je suis Celui qui suis. Inclinez-vous, et regrettez vos péchés. Voici que l'heure du repentir est venue pour vous. Reconnaissez le Christ, votre sauveur... » Ainsi parlait hier, monté sur une borne, dans la Grande-Rue de Fontenay-aux-Roses, un individu vêtu d'une longue robe. Il faisait de grands gestes, comme pour bénir la foule. Mais la foule était absente ; il était onze heures du soir.

Deux agents du commissariat de Sceaux entendirent les discours,

reçurent les bénédictions, et n'en furent pas touchés. Ils s'emparèrent de l'homme, qu'ils conduisirent au poste. Là, il déclara qu'il se nommait Henri Lavergne, qu'il était âgé de trente-deux ans, et exerçait la profession de charpentier, « comme le Nazaréen ».

— Je suis, ajoutait-il, le nouveau Christ envoyé sur terre pour racheter les péchés des hommes. Smith Piggot, à Londres, se prétend le Messie. C'est un imposteur. Moi seul, je suis le vrai Christ. Les Agapemonistes m'ont vu, en 1790. Moi seul, j'ai le droit de porter la robe du prophète... » Puis se retournant vers les agents : « Soldats de Pilate ! Faites votre devoir ! » Ainsi interpellés, les agents conduisirent le Messie à l'infirmerie du Dépôt (*Le Matin*, 9 septembre 1902). »

Les prouesses d'un sous-Marseille. — *Dix-sept fois interné.* — M. Pasques, juge d'instruction, a interrogé aujourd'hui Calmenil, cet ancien lutteur de chez Marseille qui fut arrêté au cours d'une sanglante bagarre à Bicêtre. Calmenil, qui pèse 147 kilos, a déjà subi quatorze condamnations et a été *dix-sept fois* interné à l'asile de Villejuif. En 1886, il fut enfermé dans une maison d'aliénés pour avoir tué, dans un accès de folie, un agent de police; remis en liberté, il partit pour le Transvaal, d'où il rapporta un magot de cinquante mille francs. En 1899, il se signala de nouveau par un exploit peu banal : il mangea le nez de sa maîtresse au cours d'une discussion ; ce coup de mâchoire lui valut deux ans de prison.

Actuellement poursuivi pour avoir tenté d'assommer le sous-brigadier Gros, Calmenil, qu'assistait son défenseur, Me Paul Istel, a déclaré que l'attitude des agents, chargés de le surveiller jour et nuit, l'avait exaspéré ; ce lutteur en retraite sera soumis à une expertise médicale (*La Presse, 5 octobre* 1902).

Drame de la folie. — *Roubaix.* — Au numéro 50 de la rue Labruyère vivaient les époux Vandevelde-Bousseuw, avec leur famille, composée de huit enfants. Le mari était atteint de *la folie de la persécution* et avait tenté plusieurs fois déjà de se donner la mort. Les médecins avaient conseillé à sa femme de le faire admettre. l'hôpital; mais elle préférait le soigner dans la maison.

Les enfants, au réveil, ont trouvé le corps de leur père et de leur mère dans un flot de sang. La mère ne donnait plus signe de vie, mais le père respirait encore.

On croit que le pauvre fou s'est éveillé et se croyant, comme toujours, poursuivi par les gendarmes, est descendu au rez-de-chaussée prendre un rasoir et un marteau, puis remontant dans sa chambre, il aura frappé à coups de marteau sa femme qui dormait. Celle-ci, se défendant, sera tombée entre les deux lits, où le meurtrier, s'acharnant sur elle, lui aura coupé le cou avec un rasoir. L'artère carotide s'est ouverte. Puis, retournant son arme contre lui-même, il s'est porté plusieurs coups de rasoir. Le meur-

trier a rendu le dernier soupir avant l'arrivée du commissaire. (*L'Aurore*, 20 mars 1903.)

— Une pauvre folle d'Hénin-Liétard (Nord) a répandu un litre de pétrole sur ses vêtements et y a mis le feu. Elle est morte dans d'atroces souffrances.

— Pendant une absence de sa femme, le sieur Alexis Raux, 43 ans, journalier à Livarot, s'est *pendu* dans un cabinet contigu à sa chambre à coucher. Le malheureux était malade et *semblait ne plus jouir de ses facultés mentales*. Il avait déjà *tenté de se suicider* en mélangeant du soufre d'allumettes à ses aliments (*Bonhomme Normand*, 1er avril).

Noyé volontairement. — A Fresney-le-Puceux, M. Gustave Decoole, 33 ans, caissier et directeur de la fromagerie, *donnant depuis quelques mois des signes de dérangement cérébral*, s'est noyé dimanche. Il s'était attaché au cou une pierre pesant 10 kilogs. (*Bonhomme Normand* 10 avril).

Drame de la folie. — On a procédé hier matin, à l'arrestation d'un malheureux aliéné, Paul Verner, demeurant rue Corbeau, qui a tenté d'assassiner sa propriétaire, Mme Aubichat, logeuse, 36, faubourg du Temple. Cette femme a été frappée, ainsi qu'une de ses amies, Mme Richard, qui s'était portée à son secours, de plusieurs coups de couteau. Mais les blessures reçues par les victimes ne mettent pas leurs jours en danger. *Paul Verner a déjà été interné plusieurs fois dans des asiles d'aliénés.* (*L'Aurore* du 9 avril.)

Assistance des idiots.

Cambriolage d'un gadoulard. — Nous avons signalé le vol commis dans l'école des filles de Livry, canton de Caumont, où un cambrioleur a, pendant la nuit, essayé d'enlever le produit déposé au fond de la cour par les petites filles fréquentant l'école. Ce singulier voleur est aujourd'hui connu : *c'est un pauvre idiot.* Ayant entendu dire que « ça portait bonheur », il aura voulu sans doute en enlever une quantité suffisante pour assurer son bonheur jusqu'à la fin de ses jours. On avait d'abord accusé de ce larcin un brave et honnête homme du pays. Et maintenant que le voleur a tout avoué, certaines personnes s'en éloignent encore, comme d'un homme qui n'est pas en bonne odeur auprès d'elles, — tant il est vrai que de la calomnie il reste toujours quelque chose. (*Le Bonhomme normand*, 20-26 mars 1903).

Pauvre fille. — Une fille Désirée Dubosq, 24 ans, journalière à Pont-l'Evêque, ne jouit pas de toutes ses facultés, ce qui ne l'a pas empêchée de devenir mère. Elle mit d'abord son enfant en nour-

rice ; puis, sous prétexte qu'il n'était pas bien soigné, elle le retira et le confia à sa mère. Mais la maman, au lieu de donner le biberon à l'enfant, alla se biberonner dans les cabarets du quartier, si bien que le pauvre petit est mort de faim. La fille Dubosq a été poursuivie et condamnée à un mois d'emprisonnement et 16 francs d'amende pour n'avoir pas fait les déclarations prévues par la loi, et à deux mois de la même peine pour homicide par imprudence. Mais, comme la fille Dubosq a été déjà enfermée dans une maison d'aliénés et qu'elle n'a jamais été condamnée, le tribunal de Pont-l'Evêque lui a acccordé le bénéfice de la loi Bérenger. (*Bonhomme Normand*, n° 4, 1903).

Assistance des épileptiques.

Noyade dans un fossé. — Le sieur Louis Anquetil, 46 ans, journalier à Castilly, canton d'Isigny, émondait des arbres près d'un fossé rempli d'eau. Le malheureux, qui était *épileptique*, fut pris d'une crise et tomba dans le fossé. Quand on le retira, il avait cessé de vivre. (*Le Bonhomme normand*, 20-26 mars 1903).

Drame dans un asile d'aliénés

Le *Petit Journal* a publié une dépêche de Marseille, 21 décembre, ainsi conçue : un légionnaire de nationalité autrichienne, nommé Berger, était interné depuis peu à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre. L'état du malheureux s'étant aggravé, il fut, ce soir, transporté dans la section des agités, placée sous la surveillance des gardiens Lautier et Navel.

Or, pendant que s'opérait ce transfert, Berger, *qui avait dissimulé sous ses vêtements un couteau,* en porta un terrible coup à Lautier, qui fut très grièvement blessé à l'abdomen. Navel se précipita au secours de son camarade. Mal lui en prit, car Berger, tournant sa fureur contre lui, le blessa à son tour à la poitrine.

Aux cris des victimes du fou, le personnel de l'asile accourut et put maîtriser Berger, qu'on ne put désarmer assez tôt, cependant, pour empêcher de se blesser lui-même avec l'arme qu'il tenait toujours à la main. L'état de Navel est considéré comme désespéré. Lautier pourra être sauvé. L'enquête a démontré que Berger avait dérobé le couteau à un ouvrier peintre qui avait, ces jours-ci, travaillé dans l'établissement.

Ce fait montre la nécessité qui s'impose à tous de tenir compte de l'article du Règlement qui recommande de ne laisser aucun instrument dangereux entre les mains des aliénés et par conséquent de fouiller soigneusement leurs vêtements. Cet article du Règlement devrait être affiché dans les asiles et communiqué à tous les ouvriers qui viennent y travailler.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions.* — Mouvement d'avril. — M. le Dr Rodiet, médecin-adjoint à Montdevergues promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Charon, directeur-médecin à l'Asile de Moulins, nommé directeur-médecin à Dury (Somme), en remplacement de M. le Dr Martinenco, admis à faire valoir ses droits à la retraite pour infirmités. — M. le Dr Hamel, médecin-adjoint à Rouen, nommé directeur-médecin à Moulins. — M. le Dr Anglade, directeur-médecin à Alençon, nommé médecin en chef à Bordeaux, en remplacement de M. le Dr Pons, admis à faire valoir ses droits à la retraite. — M. le Dr Charuel, médecin-adjoint à Châlons (Marne), nommé directeur-médecin à Alençon, — M. le Dr Keraval, directeur-médecin à Armentières, nommé médecin en chef à l'Asile de Ville-Evrard (Seine), en remplacement de M. le Dr Febvré, décédé. — M. le Dr Chardon, médecin en chef à Rennes, nommé directeur-médecin à Armentières. — M. le Dr Sizaret, directeur-médecin à Saint-Ylie (Jura), nommé médecin en chef à Rennes. — M. le Dr Hamel, directeur-médecin à Moulins, nommé à Auxerre. — M. le Dr Journiac, directeur-médecin à Auxerre, nommé à Saint-Ylie. — M. le Dr Bourdin, médecin-adjoint à Nevers, nommé directeur-médecin à Moulins.

Troisième Congrès National d'assistance publique et de bienfaisance privée. — Ce congrès aura lieu à Bordeaux du 1er au 7 juin (voir page 315).

Enseignement des maladies nerveuses et mentales. — *Hospice de la Salpêtrière* : M. le Professeur Raymond, mardi et vendredi, à 10 heures. M. le docteur Deny, jeudi, à 10 heures. — *Hospice de Bicêtre* : M. Bourneville, samedi, à 9 heures et demie. — *Conférence de médecine légale psychiatrique :* M. Paul Garnier, à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, quai de l'Horloge, mercredi et samedi, à 1 heure et demie. — *Ecole pratique :* M. Bérillon, le lundi et le jeudi, à 5 heures.

Liste des asiles ; personnel. — La liste que nous publions plus haut renferme probablement des erreurs et des omissions. Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous aider à les corriger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Maxwell (J.). — *L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie.* 1 vol, in-8° de 256 pages. Imp. Gounouilhou. Bordeaux.

Félix et Flück. — *Petit manuel pratique de la vaccination.* In-12° de 80 pages, Couchout. Lausanne, 1903.

Grasset. — *Les nerfs articulomoteurs des membres.* Librairie Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Revue philosophique, sommaire du n° d'Avril 1903 (28e année.) C. Bos. Contribution à l'étude des sentiments intellectuels. — L. Winiarski. Le principe du moindre effort comme base de la science sociale. (*Suite et fin*). — F. Le Dantec. Instinct et Servitude. (*Suite et fin*). — P. Rousseau. La mémoire des rêves dans le rêve. — Analyse et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Abonnement, du 1er janvier : Un an, Paris, 30 fr.; départements et étranger, 33 fr. La Livraison : 3 fr. Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e)

Shunda (Anastas). — *Localisation cérébrale du nerf pneumogastrique*, in-8° de 28 pages. Gutenberg. Bucarest.

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 p. 100 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS



Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 5-1903.

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

Vol. XVI. Juillet 1903. N° 91.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

Délire et petit brightisme;

PAR
A. VIGOUROUX, ET P. JUQUELIER,
médecin en chef. interne.
à l'asile de Vaucluse.

I. — Dans un premier mémoire [1], nous avons cherché à montrer, qu'à côté des délires bruyants, accompagnant la grande insuffisance hépatique, délires étudiés par MM. Klippel, Lévi et M. Faure, il existe des troubles délirants, d'allure plus tranquille, en rapport avec la petite insuffisance hépatique. Celle-ci se manifeste par des symptômes cliniques plus discrets et se traduit expérimentalement par la glycosurie alimentaire et l'urobilinurie.

Aujourd'hui nous cherchons à montrer qu'à côté du délire urémique aigu, à grand fracas, il existe également des troubles intellectuels en rapport avec une insuffisance modérée de la fonction rénale, insuffisance qui constitue le petit *brightisme*. Etant donné le genre même de malades que nous observons, il nous est arrivé souvent de ne pouvoir utiliser les signes subjectifs du petit brightisme, souvent si précieux pour le diagnostic, car les délirants ne rendent pas un compte exact de leurs sensations. Aussi parmi les procédés en usage permettant de trahir une lésion rénale, nous sommes-nous fort souvent adressés dans ce but à l'épreuve cliniquement commode du bleu de méthylène.

Suivant le procédé décrit par MM. Achard et Castaigne [2],

[1] *Société médico-psychologique*, 30 juin 1902; *l'Insuffisance hépatique et délire* (*Revue de psychiatrie*, septembre 1902).

[2] Achard et Castaigne. *Examen clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée*, Masson 1900.

nous avons injecté un centimètre cube de solution stérilisée de bleu à 1 p.20, et nous avons surveillé le début, la durée et les irrégularités de l'élimination. Le retard du moment d'apparition de la matière colorante, la prolongation du temps de la durée de l'élimination, la diminution du taux de l'élimination nous permettaient d'affirmer un degré plus ou moins avancé d'imperméabilité rénale et l'on sait d'autre part que d'après les expériences de M. Léon Bernard [1] et l'observation de M. Charrin [2] il y a le plus souvent concordance entre les résultats donnés par l'épreuve du bleu et ceux obtenus par la recherche si délicate de la toxicité des urines.

Dans quelques cas, nous avons trouvé à la fois des signes d'insuffisance hépatique et d'insuffisance rénale, sans pouvoir déterminer exactement la part qui revient à chaque organe dans la pathogénie du délire. Il s'agit là d'un syndrome mental hépato-rénal analogue à celui que décrivit M. Maurice Faure dans des cas plus aigus [3].

II.— Dans une excellente revue sur « les troubles mentaux de l'urémie », M. le docteur Toulouse [4] s'étonne que, malgré sa fréquence probable, l'urémie ne figure pas plus souvent dans l'étiologie des maladies mentales. « Les aliénés, ajoute-t-il comme explication de ce fait, attirent assez rarement l'attention sur les troubles de leurs fonctions physiologiques, aussi est-il peu d'endroits où l'on ait moins parlé de folie urémique que dans les asiles. » Il est, en effet possible, que dans certains cas, l'étiologie rénale passe inaperçue chez des aliénés auxquels il manque le gros symptôme albuminurie, et dont l'état mental seul attire toute l'attention du médecin. Toutefois parmi les troubles psychiques par auto-intoxication, les délires d'origine urémique sont de ceux qui ont été le plus anciennement décrits [5] et étudiés, et si leur fréquence n'est pas

[1] Léon Bernard. *Étude critique des méthodes de détermination de la toxicité du sérum sanguin et de l'urine* (*Revue de médecine 1900*).

[2] Charrin, *Société de Biologie*, 3 mars 1900.

[3] Maurice Faure. Thèse, Paris 1900.

[4] *Gazette des Hôpitaux*, 18 juin 1894.

[5] Ce mémoire ne constituant pas une revue sur la question du délire dans l'urémie, nous n'avons pas cru devoir rappeler, dans un chapitre d'historique les travaux bien connus de Lasègue, Gubler, Jaccoud, Bourneville, Raymond, etc. ; nous renvoyons : 1° à la thèse de M. Florand

aussi grande que semblent l'admettre certains auteurs (Werberg, Sankey [1]) il est probable que leur nombre ira en augmentant à mesure que se perfectionneront les moyens d'investigation clinique appliqués aux aliénés.

Sans parler de l'examen des urines systématiquement pratiqué, nous avons recherché chez tous nos malades les signes cliniques manifestant l'insuffisance rénale. Il s'agit bien entendu de cas chroniques et frustes, de petite urémie et non de grande insuffisance rénale, avec délire aigu et terminal, qui est le plus souvent observée dans les hôpitaux. Chez tous les sujets soumis à notre examen (malades d'asile, par conséquent), nous avons poussé l'enquête du côté des petits signes du brightisme, réunis par le professeur Dieulafoy. Nous avons recherché la polyurie, la pollakiurie, les démangeaisons, les crampes douloureuses, le signe du doigt mort, les sifflements et les bourdonnements d'oreille, les troubles visuels, les épistaxis, les vomissements, la dyspnée, les douleurs lombaires, la céphalée, l'hypothermie, le bruit de galop, le myosis, la cryesthésie, etc. Nous avons recherché dans les urines la diminution de l'excrétion de l'urée, la preuve de l'imperméabilité relative du rein par le bleu de méthylène. Or, si cette investigation nous a permis de déceler l'étiologie rénale dans quelques cas, dont nous rapportons les plus typiques, ces cas n'en sont pas moins relativement très rares.

De plus il ne suffit pas de constater chez un sujet, d'une part des troubles psychiques, d'autre part des signes d'insuffisance rénale pour établir entre les deux phénomènes une relation de cause à effet.

D'après M. le professeur Joffroy [2], la coexistence de troubles rénaux et de troubles délirants peut se rencontrer dans trois cas : 1° Un délire aigu peut être le symptôme passager d'une néphrite ; 2° Un aliéné peut présenter de l'albuminurie au cours de sa vésanie ; 3° Une albuminurie existante crée de toutes pièces des troubles mentaux, temporaires ou définitifs, suivant la prédisposition du malade. Seuls les

(1891) *Des manifestations délirantes de l'urémie* ; 2° à la revue déjà citée du docteur Toulouse (*Gazette des hôpitaux*, 18 juin 1894) ; 3° à la thèse de M. Maurice Faure. *Sur un syndrome mental lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales.* Paris 1900.

[1] Cité par Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante*, Thèse de Lyon 1883.

[2] Joffroy. *Leçons de la Salpêtrière*, 11 décembre 1890.

sujets du troisième groupe rentrent dans le cadre de notre étude.

Suivant la classification de Kœppen[1], les troubles mentaux accompagnant l'albuminurie peuvent être divisés en trois groupes : 1° Ceux qui sont sous la dépendance d'une lésion rénale ; — 2° Ceux qui sont de même que la lésion rénale, symptômes d'une maladie générale ; — 3° Les psychoses et les maladies nerveuses provoquant de l'albuminurie.

Sans insister sur ce troisième groupe nous étudierons des faits du premier et du second groupe. Nous dirons que l'insuffisance de la fonction rénale est la cause efficiente du délire, quand, en l'absence de toute autre cause, nous verrons le délire apparaître, évoluer et disparaître avec elle. Dans le second groupe qui comprend surtout l'artério-sclérose et les infections, nous verrons que parfois la lésion rénale paraît réagir sur l'état mental.

Enfin si l'étiologie rénale peut échapper à l'attention du médecin dans les cas mêmes où le brightisme doit être mis en cause, c'est sans doute aussi parce que, parmi les phénomènes délirants qui le manifestent, il n'existe pas de caractère propre, pathognomonique, permettant de le reconnaître en l'absence de tout autre symptôme clinique.

Il est des cas, dit M. le professeur Dieulafoy[2], où le délire apparaît comme l'unique manifestation du brightisme. Le malade n'a plus les apparences d'un brightique, il a l'air d'un aliéné. Or ce délire, seul témoin de la lésion rénale, est-il pathognomonique ? Il semble bien que non. Il n'y a pas dans les manifestations psychiques du brightisme de signe caractéristique du brightisme. M. Cullère[3] a cité deux cas assez probants à cet égard : dans l'un l'étiologie rénale des troubles mentaux ne fut établie qu'à l'autopsie. Dans l'autre c'est parce que la mort fut consécutive à des phénomènes de grande urémie, qu'on put rattacher à l'altération des reins des accès intermittents de mélancolie survenant depuis 9 ans. D'après leur allure clinique les troubles délirants d'origine

[1] Kœppen. *De l'albuminurie chez les aliénés (XIIIe Congrès des neurologistes et des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest*, 1889). *Archives de neurologie*. T. XVIII, p. 418.

[2] Folie Brightique. *Société médicale des hôpitaux*, 1885.

[3] Cullère. *Archives de Neurologie*, décembre 1901.

rénale peuvent rentrer dans la classe plus vaste des délires toxiques.

Qu'il s'agisse d'auto-intoxication ou d'intoxication d'origine externe on retrouve toujours dans les grandes lignes le même délire hallucinatoire, délire onirique, état de rêve prolongé avec confusion mentale profonde. Délire alcoolique, délire consécutif aux grandes infections, délires autotoxiques, tous ces troubles psychiques d'origine toxique qui frappent des sujets prédisposés, par leur hérédité ou leurs antécédents personnels, ont des points généraux de ressemblance. A propos de la folie urémique, MM. Régis et Chevalier Lavaure[1] écrivaient en 1893 : « Ces psychoses sont si bien toxiques que la plupart des auteurs qui les ont décrites ont été frappés de leur analogie avec la folie alcoolique et ont insisté sur cette analogie. »

Il y a plus : les agents toxiques d'origine externe, l'alcool en particulier si fréquemment incriminé, n'agissent directement sur la production des troubles cérébraux que dans les cas aigus (ivresse délirante). M. Klippel a montré que les accès délirants survenant chez les alcooliques chroniques ne sont pas dus à l'alcool, mais à l'auto-intoxication rendue possible par les altérations organiques produites par l'alcool. L'insuffisance hépatique, des troubles gastriques d'origine éthylique peuvent développer et entretenir des états délirants, véritables rêves prolongés, que M. Klippel rapproche du délire du rêve de Lasègue dont ils ont la physionomie clinique. Or, le délire par insuffisance rénale rentre complètement dans le cadre des délires de rêve et se confond avec eux : de telle sorte, que lorsque les signes physiques du brightisme n'attirent pas l'attention, lorsqu'il s'agit de petit brightisme, en l'absence de renseignements précis sur les antécédents du malade, et devant la confusion mentale ou le délire hallucinatoire que ce malade présente, le médecin conclut volontiers à un délire toxique, et parmi les toxiques accuse le plus souvent l'alcool, s'en rapportant à l'usage si fréquent de ce poison.

Dans un cas de M. Régis le syndrome délirium tremens termina l'évolution d'une granulie. Le même syndrome fut

[1] Régis et Chevalier Lavaure. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales* (Rapport-Congrès de la Rochelle, 1893).

décrit par M. Waler chez un individu indemne de tout alcoolisme [1].

Parmi les observations que nous rapportons, soit complètes, soit brièvement résumées, quelques-unes présentent avec celles-ci bien des analogies :

Celle de M..., garçon boucher de 47 ans, soigné depuis 8 ans pour des accidents cardiaques d'origine rhumatismale, ayant présenté des attaques répétées d'asystolie, au régime lacté depuis trois ans, manifestant sous l'influence d'un écart de régime alimentaire, des accidents d'obstruction rénale et du délire très actif, qualifié d'alcoolique.

Celle de R..., boulanger de 36 ans, buveur de vin, mais chez qui les accidents délirants ont disparu en même temps que les divers signes de néphrite subaiguë (oligurie, albuminurie, céphalées, épistaxis, œdème malléolaire).

Celle de K... enfin, homme de peine de 58 ans, chez qui le brightisme n'avait pas été soupçonné, qui était soigné pour de la bronchite et dont le délire, les cauchemars, les crampes avaient été considérés comme des accidents exclusivement alcooliques.

D'ailleurs, en présence de tels malades, n'est-ce point déjà avoir fait un grand pas que d'avoir établi le diagnostic de délire toxique ? Au point de vue thérapeutique, le traitement immédiat des accidents délirants toxiques sera, pour tous et avant tout, le régime lacté absolu. Toutefois, pousser plus loin l'investigation, rechercher aussi exactement que possible la cause de l'intoxication n'est point faire une constatation théorique sans importance. Certains médicaments pourront être utilement adjoints au régime alimentaire (calomel, diurétiques, benzo-naphtol) suivant que le foie, le rein, ou l'intestin paraîtront devoir être mis en cause. De plus, il faut s'inquiéter de l'avenir d'un malade dont le délire paraît être passager et pouvoir le mettre en garde contre le retour des accidents qui l'ont amené à l'asile.

Le malade ayant présenté de l'ivresse délirante et guéri pourra, toute boisson alcoolique mise à part, reprendre le régime alimentaire de tout le monde ; le brightique même latent, s'il n'a pas le courage de supporter en tout temps le régime lacté absolu devra pourtant se soumettre à une ali-

[1] Cités par Klippel. *Délire et auto-intoxication hépatique* (*Revue de psychiatrie*, 1897).

mentation sévère, et savoir reprendre le lait au moindre symptôme avant-coureur d'intoxication urinaire.

Devant un délire onirique, hallucinatoire, confus, toxique en un mot, la recherche de l'agent toxique s'impose donc. Le problème étant ainsi posé, ce n'est pas, nous venons de le voir, dans les nuances des manifestations délirantes qu'il faut en rechercher la solution, mais dans l'examen des principaux organes et de leur fonctionnement.

Dans les cas difficiles et douteux (comme le sont souvent ceux que nous avons eu à examiner, il faut s'adresser aux procédés d'expérimentation les plus cliniques : l'examen des urines, leur analyse aussi rigoureuse que possible, avant et après épreuves, rend en particulier de grands services. La constatation de la glycosurie alimentaire, de l'urobilinurie[1], de l'hypoazoturie, feront penser à l'insuffisance hépatique. L'indicanurie mettra en garde contre l'auto-intoxication d'origine intestinale.

L'élimination retardée et prolongée du bleu de méthylène indique que le rein ne possède qu'une perméabilité douteuse; et que le retard correspond « à des troubles purement fonctionnels provoqués par un spasme du système vasculaire des reins, ou à une intoxication de cellules glandulaires[2] » il mettra sur la voie de la découverte du brightisme latent.

Cette dernière épreuve a été pratiquée sur un grand nombre de nos malades, surtout chez ceux dont les signes cliniqués d'intoxication urémique étaient rares et peu probants. Elle nous a donné d'utiles confirmations. Mais d'autre part, l'examen complet des urines nous a montré souvent que l'auto-intoxication révélée par le délire est complexe et peut dépendre du mauvais fonctionnement de plusieurs appareils (voir observation D...). Il est donc très difficile dans ces conditions, de distinguer, au point de vue mental, le délire d'origine hépatique et d'origine intestinale du délire urémique ou des autres délires toxiques.

Et si l'on pouvait admettre qu'un brightique possède au début de sa crise délirante une allure spéciale, il n'en serait

[1] Disons à ce propos que M. le professeur Gilbert, MM. Lereboullet et Herscher admettent l'origine rénale de l'urobiline. Voir *Presse médicale*, 3 septembre 1902 (Gilbert et Herscher).

[2] Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, 7e édition, T. III, p. 75.

ainsi qu'au début. Comme le fait remarquer Moreau de Tours[1] « quand il est dépouillé de ses caractères primitifs les plus propres à mettre sur la voie de son origine réelle, l'état maladif est méconnaissable. »

Il est des cas où les toxines rénales produisent sur le cerveau des altérations durables, et dans ces cas la démence consécutive au délire n'a aucun caractère spécial. Or il est exceptionnel que le médecin aliéniste assiste dans les asiles au début d'une crise délirante d'origine urémique. Dans les cas curables, il voit des malades pour ainsi dire « déflorés. » Dans les cas chroniques il peut constater un trouble mental persistant après une lésion rénale guérie et qu'il ignore peut-être. Il peut constater aussi la coexistence d'un état démentiel profond et d'une albuminurie symptomatique d'une néphrite chronique, sans oser établir une relation de cause à effet entre ces deux phénomènes.

Quel a été le rôle de l'altération du rein chez le malade Br... (dément précoce albuminurique) et chez les malades Ca... et Sch..., aujourd'hui déments et également atteints de troubles rénaux ? Il faudrait pour déterminer au juste ce rôle, pouvoir remonter mieux que nous n'avons pu le faire dans le passé de ces malades. Pourtant quelques-unes de nos observations semblent bien démontrer la réalité d'un lien entre l'état psychique et la lésion viscérale éloignée (Du Cai., Schu...).

Chez de tels malades, à qui il est impossible de faire admettre la nécessité d'une alimentation exclusivement lactée, il nous a fallu parfois interrompre, parce qu'ils le refusaient, le régime antitoxique par excellence. Dans ces conditions, sur le fond de démence, pendant que l'albuminurie augmentait et que la quantité des urines excrétées diminuait, nous avons constaté souvent des modifications de l'état mental. En dehors même du changement d'alimentation, nous avons plusieurs fois constaté chez les malades Dus... et So... que les périodes de dépression coïncidaient avec l'oligurie ou une reprise de l'albuminurie. D'une façon générale, et ce fait a été constaté déjà par le professeur Raymond, l'augmentation de la quantité d'albumine semble coïncider avec l'aggravation de l'état mental. Il est vrai que le régime alimentaire

[1] Moreau de Tours, *De l'identité de l'état de rêve et de la folie* (*Annales médico-psychologiques*, 1855).

peut provoquer par lui-même une série d'auto-intoxications parmi lesquelles l'insuffisance rénale n'est qu'un des facteurs.

Mais tout en tenant compte de cette objection, il faut, dans les cas aigus comme dans les cas chroniques, rechercher chez les aliénés les causes d'auto-intoxication d'origine rénale. Cette constatation pathogénique, que nous avons appuyée dans le cas particulier sur l'épreuve du bleu nous a conduit à des indications thérapeutiques fort utiles.

III.— Il semble donc que, si les délires urémiques bruyants se rencontrent à l'hôpital et y sont soignés, on trouve dans les asiles des délires subaigus qui reconnaissent comme cause la même auto-intoxication. Comme le fait justement remarquer M. le professeur Dieulafoy, la connaissance de cette étiologie a une grande importance, car elle commande le traitement.

Dans les cas subaigus comme dans les cas chroniques, le régime lacté absolu est la base de la thérapeutique.

A l'asile les seuls procédés thérapeutiques ne sont pas comme semble le craindre le professeur Dieulafoy[1], l'alimentation forcée et la douche.

Entre les cas observés dans les hôpitaux et les nôtres, s'établit une transition insensible, et reconnus ou non, des brightiques délirants sont internés dans les asiles, sans qu'il en résulte pour eux tout le mal que certains paraissent craindre.

Quant à la tare que provoque l'internement, est-elle aussi réelle qu'on veut bien le dire ? N'est-ce pas, plutôt que l'internement, la prédisposition au délire qui constitue la tare ? Les descendants d'un malade nous paraissent avoir tout intérêt pour leur hygiène personnelle à connaître l'existence de cette prédisposition.

Observation I. — K.... (Jean), cinquante-huit ans, est entré dans la division des hommes de l'Asile de Vaucluse, le 31 mai 1902, venant de l'Asile clinique ; avec le diagnostic suivant : *Délire mélancolique avec idées confuses de persécution*, découragement, tendances au suicide, par intervalles, quelques excès de boissons (Magnan). A l'infirmerie de la Préfecture, M. le Dr Legras avait

[1] Dieulafoy, *Société médicale des hôpitaux*, 10 juillet 1885.

porté le diagnostic : *Alcoolisme, hallucinations*. Insomnie. Propos désordonnés. Idées de suicide.

K...,. exerce la profession de garçon de bureau et il est marié depuis une vingtaine d'années. Nous savons par sa femme qu'il a été bien portant dans sa jeunesse, et qu'il a eu, vers l'âge de cinquante-un ans, une crise de rhumatismes articulaires généralisés qui l'a obligé à garder le lit assez longtemps. Ses antécédents héréditaires ne nous sont pas connus. Lui-même a trois enfants, les deux aînés sont bien portants, le troisième est atteint de mal de Pott. La quatrième grossesse de la femme du malade a coincidé il y a sept ans avec l'affection rhumatismale dont lui-même fut atteint. Elle s'est terminée par une fausse couche.

Jusqu'en 1901, la santé de K... fut généralement bonne. Il travaillait régulièrement, mais n'était pas d'une sobriété parfaite. Il est vrai qu'une très petite quantité de boisson suffisait à le rendre malade. Il y a un an, il fut brusquement pris de troubles respiratoires qui le forcèrent à suspendre son travail et à s'aliter. Il fut pendant quelques jours dyspnéïque. Il se plaignit de céphalalgies violentes et eut des pertes de connaissance.

Cet état aigu ne dura que quelques jours, mais depuis le malade est sujet à la céphalée et aux étourdissements. Il a remarqué que quelquefois le soir ses chevilles sont légèrement enflées. Il lui arrive aussi de saigner du nez, d'avoir le matin les yeux bouffis, de ressentir des crampes dans les jambes.

Il y a deux mois, une nouvelle crise de dyspnée le fit suspendre son travail et garder le lit. Il ne s'est jamais rétabli complètement depuis cette époque. Mais aux troubles d'abord exclusivement physiques qu'il présenta en avril (dyspnée, œdème généralisé) s'ajoutèrent, au début du mois de mai, des troubles délirants dont l'apparition coïncida, a remarqué sa femme, avec de l'oligurie. Le 4 mai il n'urina même pas un demi-litre; il présenta pendant la nuit un véritable délire de rêve; il vit sa fille et sa sœur mortes depuis plusieurs années, il conversa avec elles, et quand sa femme lui demanda avec qui il causait, il le lui dit, ne s'étonnant pas de l'invraisemblance de la chose et ne paraissant pas dormir. Ce délire hallucinatoire, surtout nocturne, alternait avec des périodes de confusion simple. Au milieu de la nuit, réveillé par d'impérieuses envies d'uriner, il se levait, se perdait dans l'appartement; prenait les fenêtres pour la porte, disait n'être plus chez lui. D'autres fois, sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, il menaçait d'un revolver qu'il n'avait pas, des ennemis imaginaires qui l'entouraient. Dans le jour, il était généralement plus calme; quelquefois il se plaignait de ne plus voir clair, et voulait allumer la lampe.

Il avait des périodes de lucidité, au cours desquelles il attribuait à des cauchemars ses actes déraisonnables, et par crainte de faire

des bêtises dans la rue, il ne voulait pas sortir. Son agitation nocturne persistant, sa femme provoqua son admission à l'Asile. Entré le 27 mai à Sainte-Anne, il arriva dans le service le 31 mai.

Examiné au moment de son entrée, le malade est calme ; c'est un homme bien constitué, de 1 m 73 cm de taille, ne présentant pas d'anomalies physiques, ni d'asymétrie faciale. Son indice céphalique est de 86 cm, sa nutrition générale est relativement bonne. Il pèse 60 kilogrammes. Il supporte volontiers le séjour au lit. La face est pâle, les artères temporales sont sinueuses, les paupières inférieures sont légèrement œdématiées. Les pupilles sont sensiblement égales, mais contractées et irrégulières. Les réflexes pupillaires sont lents. La langue est saburrale, animée à la pointe d'un certain degré de tremblement fibrillaire. Il n'y a pas de trouble de la parole, mais le malade cherche ses mots, parle peu. Les réflexes patellaires sont conservés. Les réflexes cutanées sont faibles. La sensibilité générale est intacte, la force musculaire est peu développée, la station debout est incertaine.

A l'examen des principaux appareils on ne constate rien du côté des poumons, mais la partie postérieure du thorax porte encore des traces de révulsion récente (ventouses scarifiées et vésicatoire). Le pouls est vibrant, l'auscultation du cœur révèle un bruit de galop à rythme d'anapeste (bruit systolique surajouté). Les urines pâles, abondantes, ne contiennent ni sucre, ni albumine mais l'addition d'une petite quantité d'acide azotique y fait apparaître immédiatement un disque rougeâtre d'uro-hématine.

Au point de vue mental, le malade présente encore un certain degré de confusion. Il croit avoir passé quinze jours à Sainte-Anne au lieu de quatre jours. Il se rend mal compte du lieu où il se trouve ; on l'a envoyé à la campagne pour se guérir. Il veut s'en aller bientôt. Il est allé à Sainte-Anne tout seul, sur le conseil de son médecin. Il nie énergiquement avoir eu des hallucinations. Cette confusion mentale est mise en évidence par le fait suivant. Interrogé par écrit sur la cause de son entrée à l'asile, il répond : « Parce que je suis malade », et continuant comme s'il écrivait à sa femme, il ajoute : « Je suis à Vaucluse depuis maintenant. Si tu peux me renvoyer 25 francs pour venir, je viendrai ici le premier jour de la semaine. Je vous embrasse de tout cœur ». Pourtant il est capable de donner quelques détails sur son état de santé antérieur. Il nous dit qu'il est sujet aux maux de tête, aux étourdissements, et qu'il saigne souvent du nez. Ces renseignements déjà notés ont été confirmés par sa femme.

Du 1[er] au 8 juin, le malade est laissé au régime ordinaire, et son état ne se modifie pas sensiblement. Moins calme que le jour de son entrée, il veut quitter son lit, demande à s'en aller, dort très mal, se plaint de cauchemars, de visions d'animaux. Il va régulièrement à la selle et mange avec assez d'appétit.

Ses urines recueillies le 2 juin ont donné à l'analyse les résultats suivants :

Quantité	2 lit. 125.
Couleur	très claire.
Densité	1,010.
Urée	22 gr. 77 (20,71 au litre).
Acide urique	0.40.
Sucre	néant.
Albumine	néant.
Coefficient d'oxydation	67.

Donc, quantité considérable, densité faible, diminution légère de l'urine. Coefficient d'oxydation peu élevé. Il faut noter que cette analyse a été pratiquée au moment où le malade était déjà un peu amélioré, et où l'oligurie (qui avait coïncidé avec l'apparition des troubles mentaux) fut remplacé par de la polyurie et de la pollakiurie.

Le 4 juin, il a été pratiqué une injection de bleu de méthylène qui ne fut retrouvé dans les urines qu'à partir de la sixième heure et qui mit plus de trois jours à s'éliminer. Donc, élimination très retardée et très lente, mais régulière.

Le 9 juin, le malade est mis au régime lacté absolu et en quelques jours son état s'améliore d'une façon très sensible. Le 13, au moment de l'établissement du certificat de quinzaine, la confusion mentale a disparu. Il sait qu'il est ici depuis deux semaines. Il se rend compte qu'il a eu des hallucinations, des cauchemars qui l'effrayaient. Il dit qu'il se levait souvent la nuit parce qu'il était oppressé; qu'il a eu des troubles de la vue, qu'il a de fréquents maux de tête, des crampes dans les mollets, qu'il urine souvent et peu à la fois. Pourtant son équilibre mental n'est pas encore parfait. Il redoute d'une façon un peu puérile un internement prolongé.

Du 13 au 29 juin, il a été en s'améliorant et le 29 juin il est rendu à sa femme qui le déclare très raisonnable et le réclame pour lui faire passer quelque temps à la campagne, avant de lui laisser reprendre son travail.

L'état physique a évolué parallèlement à l'état mental ; au moment de sa sortie, sous l'influence du régime lacté, le malade n'a plus de crampes dans les jambes, plus de saignements de nez ni de céphalalgie. L'œdème des paupières et des jambes a disparu ainsi que la dyspnée. Les urines sont abondantes.

En résumé, accès passager de délire hallucinatoire avec confusion mentale ayant évolué chez un homme atteint de néphrite chronique en même temps qu'une poussée de petite urémie. Régression parallèle des troubles psychiques et des troubles physiques dus à l'intoxication par insuffisance urinaire.

Observation II. — R... Ernest-Albert, 36 ans, entre dans le service le 5 juillet 1902 avec les diagnostics suivants : délire alcoolique, hallucinations, peurs imaginaires, appels désespérés, Dr Legras. — « Dégénérescence mentale avec alcoolisme, préoccupations hypochondriaques, hallucinations multiples, frayeurs, excitation passagère, tremblement des mains, Dr Magnan. — C'est un homme bien constitué, d'une force physique supérieure à la moyenne, bien qu'à son entrée il ne pesât que 70 kilos, sa taille étant de 1m73. Il ne présente pas d'anomalies physiques; son indice céphalique est de 84 centimètres, ses traits sont réguliers. Il exerce la profession de garçon boulanger. On ne relève dans ses antécédents que des habitudes alcooliques déjà anciennes (3 litres de vin et une absinthe par jour), trahies d'ailleurs par l'examen somatique. Il a pu travailler régulièrement jusqu'au 1er juillet, mais dans la nuit du 2 au 3 il a présenté du délire hallucinatoire; il a appelé, pour qu'on pût le débarrasser d'ennemis imaginaires qui en voulaient à ses jours. Cette excitation fit place à son arrivée dans le service à un état de dépression très prononcé, mais le délire persistait toujours.

Il faut, pour l'examiner à son arrivée, l'arracher à sa torpeur, sa physionomie exprime l'abattement. Les pupilles sont légèrement inégales au profit de la gauche. La langue est saburrale. La parole rare, mais sans troubles réels. Le malade qui est d'origine suisse parle assez mal le français. Les réflexes patellaires sont faibles, les réflexes plantaires sont nuls et les crémastériens normaux. Les mains sont animées d'un tremblement assez prononcé. La force musculaire est conservée, la démarche est normale. Les grands appareils ne présentent pas de troubles notables, toutefois, le foie paraît à la percussion diminué de volume. L'examen clinique des urines révèle une quantité notable d'albumine.

Au point de vue mental le malade est assez confus. Invité à répondre par écrit à un questionnaire simple, il reproduit les questions au lieu d'y répondre : il se rend mal compte de sa situation; il est entré parce que la famille d'une femme avec qui il voulait se marier, après s'être opposée à ce mariage, a voulu le faire monter sur l'échafaud. Il prétend avoir eu la syphilis il y a 12 ans, et depuis, dit-il, il est devenu « loufoque »; chacune des manifestations de sa syphilis l'a beaucoup préoccupé.

Il ne présente à l'heure actuelle aucun accident spécifique et aucune trace de spécificité. Un peu plus lucide le lendemain après une bonne nuit, il dit que depuis plusieurs semaines il a quelquefois les chevilles enflées le soir, qu'il a parfois saigné du nez, ou éprouvé la sensation doigt de mort. Il raconte que depuis quelque temps tout le monde le regardait de travers dans la rue. Il a pensé que c'était à cause d'un vol insignifiant commis dans son enfance et il est allé chez le commissaire s'accuser de ce vol.

Des camarades le traitent de prussien, on lui en veut aussi parce qu'il est bien avec la fille de son patron. Il dit avoir eu depuis quelque temps des crampes dans les jambes, des pituites matinales, des cauchemars interrompant son sommeil. Le régime lacté absolu est institué.

L'examen complet des urines pratiqué quelques jours après son entrée a révélé une diminution de volume assez notable (850 grammes en 24 heures) un coefficient d'oxydation normal, une excrétion suffisante d'urée (32 grammes), environ 0 gr. 75 d'albumine par litre et la présence d'une certaine quantité d'indican. L'épreuve de la glycosurie alimentaire a donné un résultat négatif.

Très rapidement le malade s'est amélioré. En dehors des idées confuses de persécution dont il avait conservé le souvenir, le malade n'a pas présenté à l'asile de délire hallucinatoire. Il était surtout confus et avait une conscience peu nette de son état. Au bout de quelques jours il est devenu moins confus et moins triste : il parle peu, mais joue volontiers avec ses camarades de salle. Au bout de quinze jours d'observation, le régime lacté absolu a été remplacé par un régime mixte, dont le lait, toutefois, fait la base. Les urines sont plus abondantes et plus claires. L'albumine diminue.

Le 20 juillet, le malade est mis au travail. Il a pu travailler régulièrement du 20 juillet au 22 août et a été à cette époque mis en liberté sur sa demande. La confusion mentale a disparu, ainsi que toutes les idées délirantes, qu'il a presque totalement oubliées. Un nouvel examen d'urine a donné dans les grandes lignes les résultats suivants :

Quantité	2 500 cmc. (au lieu de 850 à l'entrée).
Densité.	1 015.
Urée	34 gr. en 24 heures.
Coefficient d'oxydation .	90.
Albumine.	0.

Les céphalées, les insomnies, l'œdème vespéral des chevilles ont également disparu.

En résumé chez un alcoolique probablement syphilitique de 36 ans, évolution d'une poussée subaigüe de néphrite, s'accompagnant de troubles délirants hallucinatoires avec confusion mentale, préoccupations hypochondriaques, idées de persécution. Disparition parallèle et rapide des troubles délirants et des symptômes de brightisme. Etant donné les habitudes avérées d'alcoolisme du malade et les symptômes physiques d'intoxication qu'il présentait, il est évidemment difficile d'affirmer que l'alcool n'est pas un facteur de son

délire. Mais d'autre part, il est impossible de ne pas être frappé de la coïncidence des troubles délirants et des troubles urémiques et de leur disparition simultanée. L'action de l'alcool s'est peut-être limitée à créer au niveau des reins des altérations, qui ont permis l'apparition d'insuffisance rénale passagère. (*A suivre.*)

ENSEIGNEMENT.

La clinique psychiatrique de l'Université de Giessen (Grand-Duché de Hesse);

(*Suite* [1])

PAR M. LE Dr PAUL SÉRIEUX,
Médecin en chef de la Maison de santé de Ville-Evrard.

Organisation de la Clinique.

ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL. — Le professeur de Clinique psychiatrique, M. le docteur R. Sommer, est directeur de la Clinique au point de vue des services médicaux et administratifs [2].

Il est secondé réglementairement par quatre médecins dont trois médecins assistants et un stagiaire (*Volontärhausarzt*) qui habitent tous la Clinique. Lors de notre visite le personnel médical était composé, outre le professeur Sommer, d'un médecin en chef, M. le docteur Dannemann, ayant le titre de professeur extraordinaire, de trois médecins assistants et d'un médecin volontaire appartenant au corps de santé militaire. Tous sont logés à la Clinique. Le premier médecin assistant est chargé de la division des femmes, le second de la division des hommes. Leur logement est situé dans le bâtiment principal, c'est-à-dire à proximité

[1] Voir le numéro de juin, p. 513.

[2] Le professeur Sommer est l'auteur de travaux intéressants sur: *le Siège de l'âme*, d'après Sœmmering; — *l'Histoire de la psychologie et de l'esthétique en Allemagne*: — *la Question des infirmiers*; — *l'Église et l'État, leur intervention dans l'assistance des aliénés*; — *les Méthodes d'investigation psychophysiques applicables aux aliénés*, méthodes ayant pour but de mesurer avec précision le niveau mental et l'instruction des sujets, la durée et l'intensité des réactions psychiques, les phénomènes d'association et d'automatisme, la faculté d'orientation, etc.

des bureaux administratifs, qui doivent adresser toutes les communications concernant chaque division au médecin qui en est chargé. La direction du service médical de chaque division est donc tout entière entre les mains d'un seul médecin, responsable devant le professeur. C'est au médecin de chaque division que sont transmises les indications du professeur, les dossiers des entrants, la correspondance des aliénés. Ce médecin est chargé de tenir à jour les observations avec le concours du troisième assistant ou du médecin stagiaire. Ces deux derniers médecins habitent *dans la division même* à laquelle ils sont affectés (pavillon de surveillance) et sont chargés d'une partie du service, de la surveillance du personnel. L'affectation des infirmiers, les permissions de sorties sont réservées au médecin de la division.

Cette organisation du service médical présente un grand avantage : dans chaque division il existe en effet deux médecins connaissant à fond les malades et pouvant se remplacer mutuellement sans que le service en souffre. Le remplacement du médecin d'une division par son collègue de l'autre division n'est pas admis; on a établi ce principe qu'un des deux médecins de chaque division doit toujours être présent à la Clinique ; de plus les deux médecins chargés du service des deux divisions ne peuvent s'absenter simultanément : de cette façon le professeur absent peut toujours être remplacé par un médecin plus expérimenté que les jeunes assistants ou volontaires.

Le premier assistant a encore dans ses attributions le service de la Policlinique, la surveillance de la bibliothèque; le second est chargé des laboratoires. Chacun d'eux est de service à tour de rôle pour les leçons cliniques.

La Clinique disposant de 80 à 100 lits, c'est donc 20 à 25 malades qui sont attribués à chaque médecin, sans tenir compte du professeur. En raison de la collaboration d'un certain nombre de médecins stagiaires supplémentaires, la proportion des médecins est encore plus élevée et assure ainsi aux malades une surveillance médicale et une observation scientifique assidues.

Personnel de surveillance. — Ce personnel est laïque. La proportion élevée des infirmiers et infirmières permet de surveiller les malades d'une façon constante. Pour chaque division d'hommes et de femmes il y a 16 infirmiers ou infirmières (y compris veilleurs et veilleuses) avec un surveillant et une surveillante en chef; soit pour 80 à 100 malades 34 agents, proportion considérable (1 pour 3,5), qui paraîtrait même excessive si on ne tenait pas compte du personnel plus nombreux qu'exige le système des pavillons dispersés, du grand nombre de cas aigus, des exigences de l'enseignement, du transport des aliments, du service des téléphones et enfin de l'organisation de trois salles de surveillance

continue pour chaque sexe. La proportion d'infirmiers ci-dessus énoncée est celle qui convient pour tous les établissements de traitement si l'on veut arriver à la suppression de lits spéciaux pour gâteux, des cellules où les malades gisent dans le varech ou la paille, etc.

Le surveillant et la surveillante en chef n'ont pas à s'occuper de la répartition des infirmiers et des permissions de sortie du personnel : ces questions sont réservées aux médecins. Ils sont chargés de surveiller infirmiers et infirmières, de veiller à ce que l'ordre et la propreté règnent dans les services, les magasins, les vestiaires.

Les *infirmiers* ne sont pas affectés d'une façon permanente au service du même pavillon : un roulement est organisé d'une façon régulière. Un groupe de cinq infirmiers est attaché pour une période de cinq jours au service d'un pavillon; et les cinq postes déterminés auxquels ce groupe est affecté sont occupés chaque jour par un infirmier différent. Un groupe de cinq infirmiers est ainsi affecté durant cinq jours au service du pavillon des pensionnaires, puis durant une période égale au pavillon des tranquilles, suivie d'un stage de cinq jours au pavillon des agités, qu'il quitte pour un service plus facile.

Pendant chaque période de cinq jours un même infirmier n'est en contact avec les malades que les premier, troisième et cinquième jours. Le deuxième jour il sert d'aide, après son service de veille; le quatrième il a à s'occuper des corridors, des bains, des travaux de propreté, du transport des aliments.

Ce roulement permanent du personnel présente des avantages considérables à côté de légers inconvénients.

Le *service de veille* se fait par demi-nuit pendant une période de cinq jours : un infirmier est de garde alternativement la première et la deuxième moitié de la nuit. Le service prend fin et commence à minuit. Dans la division des femmes la veilleuse est de garde toute la nuit de 9 h. 30 de soir à 6 heures du matin. La veilleuse se repose de 4 à 9 h. 30 avant de prendre son service et durant quatre heures après avoir veillé.

Les infirmiers chargés de la surveillance d'une salle doivent remplir un questionnaire ainsi conçu :

Des *cours* sont faits aux infirmiers et infirmières en vue de leur instruction professionnelle : notions générales de médecine, rapports avec les malades, conduite à tenir en présence d'agités, délirants, etc.

Les infirmiers (*Pfleger*) ont un uniforme bleu avec casquette de même couleur; les infirmières (*Pflegerinnen*) ont une robe à carreaux noirs et blancs, de grands tabliers blancs, avec rubans sur les épaules, un bonnet. Leur traitement est, au début, de

Rapport de surveillance du pavillon. Date : fait par l'infirmier

NOMS DES MALADES	TRAITEMENT par le repos au lit.	ALIMENTATION	SOMMEIL	BRUIT	TEMPÉRATURE	PLAIES	ATTAQUES	SELLES	GATISME des matières	GATISME urinaire.	BAINS
1											
2											
3											
4											
5											

OBSERVATIONS ET PRESCRIPTIONS du médecin.	OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER
1	
2	
3	

300 M. pour les femmes (1 mark : 1 fr. 25), de 350 M. pour les hommes, avec, en plus, l'entretien, la chaussure, l'uniforme, le blanchissage. Outre des permissions périodiques, infirmiers et infirmières ont droit à un congé de huit jours par an.

Le personnel de surveillance est logé dans les pavillons de malades. La plupart des agents ont leur chambre, mais quelques-uns dorment dans les dortoirs avec les malades. On a aménagé récemment dans les mansardes des pavillons un certain nombre de chambres pour le personnel; une sonnerie électrique met ces chambres en communication avec les salles de surveillance continue, en prévision des cas où il serait nécessaire de venir en aide à la veilleuse. Les infirmiers et infirmières ne sont pas autorisés à se marier. Le recrutement en est, paraît-il, parfois malaisé; on se plaint du renouvellement trop fréquent du personnel.

Organisation du service administratif. — Au point de vue de l'organisation administrative, on a rendu la clinique complètement indépendante des autres cliniques (sauf au point de vue de l'éclairage et de la pharmacie).

Le professeur de clinique est chargé de la direction des services administratifs et économiques. Un administrateur est sous ses ordres; il remplit les fonctions d'économe, surveille le personnel des services généraux, est chargé de l'inventaire général, etc. La

cuisinière est assistée par cinq filles de service, elle dispose d'un magasin spécial d'approvisionnements qui lui permet d'exécuter toutes les prescriptions alimentaires extraordinaires prescrites par les médecins.

Le service du chauffage est assuré par un mécanicien et deux chauffeurs.

Il y a, en outre, un jardinier, un concierge et deux garçons de bureau.

Fonctionnement de la clinique. — La clinique, dit M. Dannemann, a pour but le traitement et les soins des aliénés des deux sexes, ainsi que l'enseignement des maladies mentales. L'intérêt de la science et les exigences de l'enseignement doivent présider à l'admission des malades. Si une clinique psychiatrique doit avant tout être un établissement de traitement, cependant on ne peut se baser uniquement sur la curabilité pour les admissions, en raison de l'intérêt que présentent certaines affections incurables.

Pour avoir un matériel clinique nombreux, une clinique doit disposer de lits gratuits en nombre suffisant et de lits à prix très faible. Le professeur dispose de 10 lits gratuits. Le prix de pension le moins élevé est de 1 mark.

Pour l'admission des malades, la personne qui la sollicite doit rédiger une demande écrite au directeur; c'est tantôt un parent, le tuteur, un représentant de l'autorité civile ou militaire, le directeur d'une autre clinique, le président d'une société de secours mutuels, etc. On exige, en outre, un rapport médical et un certificat délivré par l'autorité administrative constatant l'identité, les ressources du patient, la nature de la maladie mentale, les motifs de l'internement.

On reçoit également des pensionnaires sur leur propre demande; ils peuvent obtenir leur sortie sur leur demande, à moins de danger pour la sécurité publique. Dans ce dernier cas, un avis est envoyé au « médecin de cercle » qui fait un rapport sur le cas et confirme ou non la nécessité du maintien. Dans les cas où la sortie d'un malade est refusée à la famille par le médecin, le ministre de l'Intérieur intervient. De même, dans tous les cas litigieux qui peuvent se présenter.

En cas d'urgence, le directeur peut admettre un aliéné sous réserve de l'examen du médecin expert qui rédige un rapport concluant ou non au maintien.

En résumé : 1° la clinique peut recevoir des malades de toute classe sans considération de nationalité, de domicile, de secours;

2° Les mesures sont prises pour que l'admission des patients puisse avoir lieu sans retard;

3° En cas d'admission de sujets pour lesquels il n'y a pas de certificat d'internement, l'intervention du médecin expert pré-

sente des garanties au point de vue de la protection de la liberté individuelle et décharge le directeur de la responsabilité de l'admission.

La clinique n'est pas dans l'obligation d'admettre tous les aliénés placés d'office. Les agents de police qui conduisent un malade à la clinique doivent être en civil.

Les prix de pension de la clinique varient de 1 à 6,50 mark. Le prix habituel de la troisième classe est de 1 mark. Le prix de pension payé par les pensionnaires est fixé après une entente entre la direction et la famille. L'Etat fournit à la clinique une subvention annuelle de 77.000 francs.

La clinique évacue ses malades dans les asiles de Heppenheim et Hofheim. Il n'y a pas de durée maxima fixée pour le séjour des aliénés ; on ne tient compte que des exigences de l'enseignement. Dans certains cas, des malades transférés dans les asiles peuvent être ramenés de nouveau à la clinique, avec l'autorisation de la famille; cette faculté est importante au point de vue de l'étude de l'évolution des psychoses.

Les sujets de nationalité hessoise mis en liberté peuvent être réintégrés sans formalités pendant une période de trois mois à partir du jour de leur sortie. Celle-ci ne devient, en effet, définitive qu'après l'expiration de ce laps de temps.

La policlinique. — La « policlinique pour les maladies nerveuses psychiques » (*Poliklinik für Psychisch-Nervöse*) a un double but à remplir au point de vue de l'enseignement et du traitement des troubles psychiques ne nécessitant pas l'internement et pouvant être suivis dans une consultation externe. Dans la seconde année de son ouverture, la policlinique a traité 105 malades, parmi lesquels 48 nerveux, 37 sujets atteints d'affections organiques du système nerveux et 20 aliénés.

Statistique. — La clinique de Giessen, ouverte le 25 février 1896, a admis dans le cours de la première année de son fonctionnement 184 malades (hommes, 79; femmes, 105); le chiffre de sa population à l'expiration de la première année était de 51, ce qui donne 133 malades sortis se répartissant ainsi :

a. Améliorés ou guéris	59	(23 h. 36 f.)
b. Non guéris	44	(17 h. 26 f.)
c. Sortis après rapport médical	12	(10 h. 2 f.)
d. Décès	18	(9 h. 9 f.)

Dans le cours de la seconde année, le nombre des sorties a été de 161, dont 71 par guérison ou amélioration.

Ces chiffres montrent : 1° qu'une proportion élevée de psychoses de durée courte sont traitées avec succès à la clinique;

2° qu'un certain nombre de malades chroniques peuvent être mis en liberté après l'amélioration d'un accès passager d'excitation; 3° que la clinique est fréquemment appelée à fournir des rapports sur la demande de la justice, des sociétés d'assurances contre la maladie, la vieillesse, etc.; 4° que le nombre de décès est relativement élevé (paralysie générale, complications organiques).

La population de la clinique s'élevait, au 1er janvier 1898, à 56 malades (26 hommes et 30 femmes). Le nombre des admissions, en 1897, avait été de 154 (76 hommes, 78 femmes).

La proportion des malades nécessitant une surveillance continue (malades à idées de suicide, malpropres, agités, isolés), s'est élevée, pour les hommes, aux 3/4 , et pour les femmes, aux 2/3 de la population.

Les sujets admis peuvent être classés ainsi au point de vue de la nature de leur affection :

I. Maladies organiques du cerveau	18	(h. 8 f. 10)
II. Maladies mentales par intoxication ou auto-intoxication	15	(h. 10 f. 5)
III. Troubles psychiques dus à des maladies infectieuses.	4	(h. 2 f. 2)
IV. Folie épileptique.	23	(h. 16 f. 7)
V. Psychoses fonctionnelles	112	

Les heures des *leçons cliniques* sont commodes : lundi et mercredi, de 10 à 11 heures; samedi, de 8 à 9 heures. La clinique est de plus en plus fréquentée par les étudiants : 29 auditeurs dans le semestre d'hiver 1897-98. Le nombre des malades présentés aux élèves est en moyenne de 1 par leçon, soit de 32 à 41 par semestre.

Un certain nombre de conférences sont consacrées à des séances de projection, à des notions sur le développement de l'assistance des aliénés (collection de plans d'asiles). De plus, les élèves sont admis à visiter les établissements d'aliénés et d'idiots du Grand-Duché, où ils assistent à des démonstrations cliniques.

Un cours de « psychologie criminelle », avec applications médico-légales, a lieu une fois par semaine.

Dans le Grand-Duché de Hesse, il y a, chaque année, depuis 1898, un cours de perfectionnement à l'usage des médecins fonctionnaires (médecins experts).

Ces leçons, faites à l'Université de Giessen, durent de 12 à 14 jours. Un roulement est organisé, de façon que chaque médecin puisse suivre ces cours tous les trois ans. Chacun d'eux reçoit une indemnité de 10 marks par jour; ses frais de voyage lui sont remboursés.

En 1899, il y eut trois séries de cours, faits par les professeurs de l'Université sur les matières suivantes : 1° hygiène; 2° ana-

tomie pathologique et médecine légale; 3° psychiatrie. Ajoutons des visites dans des établissements intéressant l'hygiéniste.

Nous ne parlerons que du *cours de psychiatrie*, fait en 12 leçons par le professeur Sommer. M. Sommer, après une vue d'ensemble sur les divers troubles psychiques, a étudié en premier lieu les psychoses organiques (paralysie générale, tumeurs cérébrales, artério-sclérose, etc.), à l'aide de démonstrations cliniques et de préparations anatomiques.

Il a insisté sur l'idiotie au point de vue de la pathogénie et du traitement et sur les mesures d'assistance que réclament les arriérés. Le professeur étudia ensuite le chapitre de l'épilepsie au point de vue du diagnostic et de la médecine légale. A propos des psychoses fonctionnelles, Sommer a insisté sur les formes peu connues des praticiens (démence paranoïde, catatonie, etc.) et surtout sur leurs symptômes précurseurs, sur leur traitement.

Dans la seconde semaine, eurent lieu des conférence avant tout cliniques : présentation de malades atteints de psychoses simples, interrogatoire des auditeurs. Le cours s'est terminé par une leçon sur les applications pratiques de la psychatrie, sur l'organisation des asiles et par une visite de la clinique.

Laboratoires. — La création de laboratoires de psychopathologie a été inspirée par le désir d'appliquer à l'étude des troubles psychiques la méthode expérimentale et de combler ainsi les lacunes de l'examen clinique des faits par l'observation. On a voulu faire bénéficier la psychopathologie des méthodes qui ont donné en biologie et en médecine d'heureux résultats, et ajouter aux données fournies par une observation consciencieuse et par l'enregistrement des manifestations dues aux processus internes ou provoquées par des interventions externes, les mesures précises des réactions consécutives à des excitations déterminées. On se proposait de recueillir ainsi un grand nombre de documents comparables entre eux. Mais deux conditions devaient être remplies préalablement : la détermination des mesures ne devait en aucun cas dépendre de l'appréciation subjective de l'expérimentateur — afin que les résultats fussent comparables entre eux — et d'autre part les excitations devaient être aussi simples que possible, afin de pouvoir y soumettre le plus grand nombre des malades.

Le professeur R. Sommer, dans son *Traité des méthodes d'examen psychopathologique* (1899), a non seulement bien exposé les méthodes qu'il emploie pour analyser, mesurer et reproduire les diverses manifestations des troubles cérébraux, mais il en a montré les utiles résultats au point de vue du diagnostic et du pronostic dans certains cas douteux. Son livre est divisé en quatre parties. La première est consacrée à la *représentation des*

manifestations optiques à l'aide de la photographie, des photographies stéréoscopiques, du cinématographe, de la représentation schématique des attitudes et des mouvements expérimentalement réalisés (mouvements passifs, mouvements ou attitudes suggérés au malade à l'aide de leur exécution par l'expérimentateur). M. Sommer a fait une série d'essais, en combinant le cinématographe avec le stéréoscope.

Nous avons pu nous convaincre, avec M. le Dr Ladame, de l'importance des portraits stéréoscopiques pour la démonstration de la physionomie particulière des aliénés dans les diverses psychoses, et suivant les moments d'excitation, de dépression ou d'hallucination par lesquels ils passent. Le stéréoscope met bien en relief les traits pathologiques de l'image. La clinique de Giessen possède déjà un grand nombre de ces images très utiles pour l'enseignement. « La méthode stéréoscopique, dit M. Ladame, est excellente; surtout pour l'étude des anomalies morphologiques qu'elle fait ressortir avec force. » L'auteur en donne des exemples avec deux portraits stéréoscopiques, dont l'un représente un aliéné pendant un accès de manie périodique et l'autre un imbécile avec de nombreux stigmates de dégénérescence, photographié pendant une période d'excitation mentale [1].

La deuxième partie traite de l'*application de la méthode graphique aux manifestations du mouvement :* influence du cerveau sur le phénomène du genou et les réflexes pupillaires, signification des mouvements d'expression des mains et des jambes, modifications diverses des réflexes patellaires mises en évidence à l'aide de l'appareil inventé par M. Sommer, le *Reflexmultiplicator*, résultats obtenus à l'aide de l'appareil pour l'analyse des mouvements involontaires des doigts dans les trois dimensions de l'espace. M. Sommer est arrivé à analyser dans leurs divers éléments les tremblements alcooliques, neurasthéniques, celui de la paralysie agitante et d'autres maladies nerveuses. Son appareil lui permet aussi de faire une étude complète des mouvements inconscients et volontaires qui ont tant d'importance pour la psychologie expérimentale.

Dans la troisième partie, *Représentation des manifestations acoustiques*, il est surtout question des avantages des documents fournis par le phonographe et des procédés les meilleurs à employer.

« L'emploi du phonographe pour fixer les extériorisations verbales ou vocales de l'aliéné rend aussi, dit M. Ladame, des services appréciés à la clinique de Giessen. On peut ainsi reproduire

[1] *Kurze Mittheilung über stereoscopische Portrat-Aufnamen bei Geisteskranken*, von Prof. Sommer, in Giessen. Internationale photographische Monatschrift für Medicin. Baud IV, août 1897, p. 113.

à volonté avec toutes les nuances des intonations différentes, des modifications du rythme, les paroles et les cris d'un aliéné en délire. Non seulement on peut par ce moyen étudier en tout temps les particularités d'un délire dont l'expression rapide et fugace, souvent confuse, a pu échapper à l'observation; mais on peut aussi le reproduire à volonté, devant une salle remplie d'auditeurs, suivant les besoins de l'enseignement. » M. Sommer a adapté, dans ce but, à son phonographe, de vastes porte-voix.

La quatrième partie du *Traité*, la plus importante, est consacrée aux méthodes d'*examen des manifestations psychiques*.

Les documents photographiques et phonographiques ne peuvent être recueillis dans tous les cas; il en est de même des données fournies par les appareils de M. Sommer pour l'étude des réflexes et des mouvements d'expression. Par contre, les méthodes étudiées dans la quatrième partie peuvent être utilisées chez tous les malades : telles sont les recherches sur l'orientation, les connaissances élémentaires des écoliers, le calcul, les associations. Elles ne nécessitent que des questionnaires spéciaux, tels que ceux élaborés par M. Sommer, et un chronomètre dont une aiguille spéciale, mise en marche au moment de l'excitation, peut être arrêtée au moment de la réaction.

Voici quelques exemples des questionnaires divers qui sont remplis sous la dictée des malades.

Questionnaire concernant l'orientation et les hallucinations.

NOM : DATE : HEURE :

1. Comment vous nommez-vous ?
2. Qui êtes-vous ?
3. Quel âge avez-vous ?
4. Où habitez-vous ?
5. En quelle année sommes-nous ?
6. En quel mois sommes-nous ?
7. Quel est le quantième du mois ?
8. Quel jour de la semaine sommes-nous ?
9. Depuis quand êtes-vous ici ?
10. Dans quelle ville êtes-vous ?
11. Dans quelle maison êtes-vous ?
12. Qui vous a conduit ici ?
13. Quelles sont les personnes de votre entourage ?
14. Où étiez-vous il y a huit jours ?
15. Où étiez-vous il y a un mois ?
16. Où étiez-vous à Noël précédent ?
17. Etes-vous triste ?
18. Etes-vous malade ?
19. Etes-vous persécuté ?
20. Se moque-t-on de vous ?
21. Entendez-vous des voix injurieuses ?

22. Avez-vous des visions effrayantes?
Qui suis-je?
Pourquoi vous ai-je posé toutes ces questions?

Schéma pour l'examen des connaissances primaires.

NOM : DATE : HEURE :

1. Alphabet :
2. Série de chiffres :
3. Noms des mois :
4. Jours de la semaine :
5. Chant patriotique :
6. *Pater Noster :*
7. Le Décalogue :
8. Noms des plus grands fleuves d'Allemagne :
9. Comment se nomme la capitale :
   de l'Allemagne?
   de la Prusse?
   de la Saxe?
   de la Bavière?
   du Wurttemberg?
   de la Hesse?
10. Qui a dirigé la guerre de 1870?
11. Qui a dirigé la guerre de 1866?
12. Comment se nomme le Grand-Duc de Hesse?
13. Comment se nomme l'Empereur d'Allemagne actuel?
14. Quand est mort l'Empereur Guillaume Ier?

Epreuve de la parole.

NOM : DATE : HEURE :

I. *Alphabet :* a, v, g, l, f, n, z.
II. *Série de lettres :* a-s-p-c-t-r.
III. *Série de chiffres :* 7-3-9-5-2-6.
IV. *Mots d'une syllabe :* pain, vin, pied.
V. *Série de mots d'une syllabe :* pain-pied-vin.
VI. *Mots de deux syllabes :* dollar, diable, livre.
VII. *Mots de plusieurs syllabes ;* Exemples :
VIII. *Mots polysyllabiques et mots composés* . Exemples :

M. Sommer utilise aussi un *schéma arithmétique*, qui ne permet pas seulement d'étudier une faculté déterminée, le savoir en calcul, mais qui peut donner la solution des questions suivantes :

1° Le malade a-t-il reçu une instruction scolaire?

2° Est-il atteint d'imbécillité congénitale?

3° Présente-t-il du ralentissement dans le cours des processus psychiques?

4° Observe-t-on des phénomènes d'automatisme?

5° L'affection dont il est atteint est-elle continue ou intermittente?

Schéma pour le calcul.

NOM : DATE : HEURE :

CALCUL DE TÊTE				CALCUL ÉCRIT			
Question.	Réponse.	Temps.	Observations.	Question.	Réponse.	Temps.	Observations.
1 × 3 =				3 — 1 =			
2 × 4 =				8 — 3 =			
3 × 5 =				13 — 5 =			
4 × 6 =				18 — 7 =			
5 × 7 =				32 — 9 =			
6 × 8 =				36 — 11 =			
7 × 9 =				38 — 17 =			
8 × 10 =				48 — 19 =			
9 × 11 =				56 — 28 =			
12 × 11 =				43 — 17 =			
2 + 2 =				6 — 2 =			
3 + 4 =				8 : 4 =			
4 + 6 =				15 : 3 =			
5 + 8 =				12 : 2 =			
8 + 14 =				18 : 2 =			
11 + 20 =				28 : 7 =			
14 + 26 =				81 : 3 =			
17 + 32 =				126 : 6 =			
20 + 38 =				192 : 4 =			
23 + 44 =				369 : 9 =			
$x - 3 = 14$ $x =$							
$x + 5 = 11$ $x =$							
$x + 7 = 63$ $x =$							
$x + 9 = 5$ $x =$							

Nous reproduisons ci-dessous les paragraphes les plus intéressants du *Règlement sur l'admission et la sortie des malades à la clinique psychiatrique de Giessen, du 14 janvier* 1896.

I. *Destination de l'établissement.* — § 1er. La clinique psychiatrique a pour but le traitement et l'assistance des aliénés des deux sexes ainsi que l'enseignement de la psychiatrie.

A la clinique psychiatrique est annexée une clinique externe pour les nerveux atteints de troubles psychiques.

II. *Admission des malades.* — § 2. La clinique est destinée en premier lieu à recevoir les Hessois, et, parmi les non-Hessois, ceux qui doivent être traités aux frais de l'assistance publique de Hesse.

Cependant peuvent être admis, en tant que leur admission n'aura pas pour résultat d'empêcher de recevoir les Hessois, des malades non Hessois ne faisant pas partie de la catégorie ci-dessus, si leur cas présente de l'intérêt au point de vue de l'enseignement.

§ 3. L'admission est faite par le directeur de la clinique, qui peut refuser d'admettre les cas ne présentant pas d'intérêt au point de vue de la science et de l'enseignement.

§ 4. Une demande d'admission écrite doit être adressée au directeur par le représentant du malade, (parent le plus proche, tuteur, représentant de l'assistance publique) ou par le président d'une société de secours mutuels, d'une société d'assurance contre la vieillesse et les infirmités, par l'autorité militaire, le directeur d'une clinique. La demande d'admission peut être faite par le malade lui-même.

§ 5. A la demande d'admission doivent être jointes les pièces suivantes :

a. Un rapport sur la maladie, rédigé d'après un questionnaire par le médecin du cercle.

b. Un certificat du maire fournissant les renseignements sur l'état civil, le domicile, le domicile de secours, la profession, la religion, l'âge (avec la date de la naissance), la situation de famille, les ressources du malade. Il est fait mention du nom de la personne à qui, au point de vue légal, peuvent être réclamés les frais de séjour.

c. Un certificat du maire constatant l'existence de troubles psychiques et relatant les faits qui motivent cette opinion. S'il s'agit d'un sujet dangereux pour la sécurité publique, le maire transmettra les témoignages qu'il aura recueillis touchant les faits tendant à établir les dangers que le malade aurait présentés pour la sécurité publique.

§ 6. Dans les cas urgents un malade pourra être admis provisoirement par le Directeur sur la présentation d'une demande d'admission. Les formalités prescrites par le paragraphe 5 devront alors être remplies dans un laps de quatorze jours.

En cas d'admission provisoire d'un malade relevant de l'assistance publique, ou faisant partie d'une Société de secours mutuels, etc., on exigera de la personne qui signe la demande d'admission une obligation par laquelle celle-ci s'éngage à payer les frais de séjour.

Le paragraphe 7 fixe les conditions des frais de séjour, variables suivant les cas.

§ 8. Il n'y a pas d'admissions gratuites, sauf pour les dix lits qui sont à la disposition du Directeur.

Les § 9, 10, 11, 12, 13 ont trait à la question du payement des frais de séjour.

§ 14. Les *placements d'office* ont lieu à la clinique : 1° par arrêté de l'autorité policière : malades dangereux pour eux-mêmes ou pour la sécurité publique.

2° par ordonnance de l'autorité judiciaire : inculpés à mettre en observation.

3° par demande de l'administration pénitentiaire : détenus devenus aliénés.

III. *Transfert des malades à la clinique.* — § 16. Il est interdit aux agents de police qui accompagnent un malade d'être en uniforme.

§ 17. Les frais du transport des malades à la clinique incombent à la personne qui est responsable du paiement des frais de séjour.

§ 18. Les malades conduits à la clinique doivent toujours être accompagnés par une personne capable de fournir tous renseignements pouvant être demandés par la clinique dans l'intérêt du malade.

Les paragraphes 19, 20, 21 fournissent des indications concernant le trousseau à fournir par les malades, l'entretien du trousseau.

IV. *Sorties de la clinique.* — § 22. La sortie des malades, sauf les cas prévus par le paragraphe 29, est ordonnée par le Directeur. Peuvent être mis en liberté non seulement les sujets guéris ou améliorés, mais encore les malades non améliorés, devenus inoffensifs et n'ayant plus besoin d'être traités dans un établissement spécial.

§ 23. La sortie des sujets Hessois est toujours une sortie *provisoire*, dans les cas où le malade est mis en liberté et rentre dans le milieu où il vivait antérieurement. Pendant un laps de temps de trois mois, à dater du jour de sa sortie, le malade peut, en cas d'aggravation, être réintégré à la clinique, après avis donné au Directeur.

§ 24. Après l'expiration du trimestre qui suit la sortie, celle-ci devient définitive et le malade ne peut être placé de nouveau qu'après l'exécution des formalités prescrites pour la première admission.

§ 25. Le Directeur de la clinique, lorsqu'il a décidé la sortie d'un malade, prévient son correspondant afin que celui-ci vienne le chercher. Si ce correspondant n'est pas venu dans un délai de quatorze jours et s'il ne fait pas valoir des raisons sérieuses contre la mise en liberté, le malade est conduit à son domicile aux frais du correspondant.

§ 26. La sortie des malades non-Hessois est toujours définitive.

§ 27. Les malades qui ne peuvent être conservés à la clinique par suite de l'encombrement ou pour des considérations ayant trait aux nécessités de l'enseignement, sont transférés dans les asiles d'aliénés du Grand-Duché, lorsque leur état exige encore des soins spéciaux.

Le correspondant du malade est alors avisé afin qu'il puisse donner son consentement.

§ 29. Dans les cas où le représentant d'un malade déclarerait s'opposer au transfert, le ministre de l'Intérieur et de la Justice décidera. De

même lorsque la sortie, réclamée par le représentant du malade, serait refusée par le Directeur de la clinique dans l'intérêt du patient ou de la sécurité publique.

§ 30. La sortie d'un malade peut être prononcée d'une façon *définitive* et non provisoire par le ministre: 1° lorsque toute chance de rechute doit être écartée ; 2° sur la demande du représentant du malade ou sur la propre requête de ce dernier lorsqu'il est complètement rétabli.

Terminons par quelques renseignements statistiques sur l'organisation du service des aliénés dans le Grand-Duché de Hesse, dont la population était, il y a quelques années, (1898) de 1.039.020 habitants. Le nombre des asiles publics, sans compter la clinique de Giessen, est de trois :

Asile de Hofheim, 863 malades ;

Asile de Heppenheim, 436 malades ;

Asile de Darmstadt (pour idiots), 142 malades.

Le nombre total des malades est de 1497 (762 hommes, 735 femmes), avec 19 médecins (1er janvier 1898).

La création de deux nouveaux asiles d'aliénés est à l'étude : l'un serait édifié près de Mayence, l'autre dans le voisinage de Giessen. Le Grand-Duché, dont la population actuellement dépasse 1.200.000 habitants, possédera alors une clinique psychiatrique, quatre asiles d'aliénés, un établissement d'idiots.

On compte trois admissions pour 10.000 habitants.

Dans le budget du Grand-Duché (1901-1902), on a prévu un crédit de 132.000 marks pour l'agrandissement de l'asile de Heppenheim et une somme de 150.000 marks pour l'achat du terrain destiné à la construction du troisième asile d'aliénés. Cet asile sera situé à proximité de la clinique de Giessen dans le but de faciliter le transfert des malades de ce dernier établissement et aussi pour combler une lacune dans l'enseignement psychiatrique. On pourra, en effet, présenter aux étudiants des sujets atteints de maladies mentales *chroniques* et non pas seulement des cas aigus; les élèves feront ainsi connaissance avec l'*évolution* et la *terminaison* des psychoses, avec les cas intéressants au point de vue des questions ayant trait au Code civil et au Code pénal. Il y aura un quartier spécial pour les aliénés criminels [1].

Il importe de faire remarquer, en terminant, quels sacrifices considérables font les universités allemandes en faveur de leurs

[1] Nous avons fait de larges emprunts à l'intéressante monographie de M. le professeur A. Dannemann, médecin en chef à la clinique, *Die psychiatrische Klinik zu Giessen*. Karger, Berlin, 1899. Qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Dannemann nos sincères remerciements pour son accueil très courtois et l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous renseigner.

cliniques de psychiatrie. L'Université de Giessen est une des moins fréquentées d'Allemagne (149 étudiants en médecine); elle est située dans un petit Etat, le Grand-Duché de Hesse, dont la population ne dépasse guère 1 million d'habitants et dans une ville elle-même peu importante (20000 habitants); cependant, on n'a pas reculé devant l'énorme dépense de plus d'un million pour créer une clinique psychiatrique modèle. On ne peut que déplorer de voir nos universités provinciales si peu disposées à suivre cet exemple. Depuis l'année 1878, dix cliniques psychiatriques autonomes ont été fondées dans autant d'universités allemandes. En France nous ne pouvons signaler que la création de la clinique des maladies mentales de Paris (1879).

RECUEIL DE FAITS.

Sur un cas de rachitisme congénital avec nanisme, chez un enfant arriéré;

PAR LES DOCTEURS

S. GARNIER, et A. SANTENOISE,
Médecin en chef directeur Médecin-adjoint
de l'asile de Dijon.

Le nommé F... (Paul-Eugène), né à St-S... en B... (Côte-d'Or), le 23 mars 1891, est entré à l'asile le 13 décembre 1898.

Cet enfant, âgé aujourd'hui de dix ans, appartient à une famille de 8 enfants dont voici les dates de naissance : 1° Angèle-Marie, née le 19 juillet 1884; 2° Blanche-Marie, née le 18 septembre 1885; 3° Gustave-Marius. né le 3 octobre 1887; 4° Paul-Eugène, né le 23 mars 1891; 5° Valentin, né le 20 février 1892, mort le lendemain; 6° Marie, née le 31 août 1893; 7° Joséphine et 8° Aurélie, nées le 1er juillet 1895.

Tous ces enfants sont aujourd'hui encore vivants et bien portants, sauf Valentin qui est décédé le lendemain de sa naissance avec des phénomènes convulsifs. Il était d'ailleurs infirme, sans que nous puissions préciser la nature de son infirmité. On ne peut trouver chez les parents aucun degré de consanguinité : ni syphilis ni hérédité nerveuse ou mentale. D'ailleurs, les ascendants, parfaitement connus de l'un de nous, ont été indemnes de toutes tares et sont parvenus à un âge avancé. Le grand-père maternel, aujour-

d'hui âgé de quatre-vingt-cinq ans est encore très valide pour son âge; la grand'mère maternelle est morte il y a deux ans environ, âgée de soixante-dix-neuf ans. Quant aux grands parents paternels, ils sont vivants tous deux et relativement bien portants, sauf la mère qui commence à verser dans la démence sénile. Les parents de notre sujet sont morts, savoir : la mère, le 23 décembre 1895 par suite de fièvre typhoïde, et le père le 26 février 1901, emporté par une pneumonie en quelques jours. Toutefois mentionnons que celui-ci était porteur d'un léger strabisme interne de l'œil droit, qu'il avait eu un frère mort phtisique à vingt et un ans, qu'il a fait un peu d'abus de boissons, mais principalement les dernières années de sa vie, et a eu une sorte d'accès d'alcoolisme aigu deux ans avant sa mort. Il a été soldat à Tours pendant quatre ans et s'est marié en rentrant du service, n'ayant jamais eu la syphilis.

De concert avec sa femme qui s'occupait principalement du ménage et du soin des enfants, il cultivait une petite propriété louée à prix d'argent. Sur les 8 enfants qui sont nés du mariage des époux F..., on remarquera, en consultant leurs dates de naissance, que trois vinrent au monde successivement en 1884, 1885, 1887; qu'il y eut ensuite un intervalle de trois ans entre la naissance du troisième et celle du quatrième dont nous avons à nous occuper; qu'enfin le 5e, le 6e, le 7e et le 8e sont nés de deux ans en deux ans. Pendant qu'elle le portait dans son sein, la mère du jeune Gustave n'a pas été malade, la grossesse a été tout à fait normale, mais l'enfant venu à terme était déjà déformé. Lors de l'accouchement, le placenta a paru normal; l'enfant a un peu dépéri après sa naissance, a pu néanmoins prendre le sein et a été allaité pendant un an. D'après le père son enfant aurait dit papa et maman aussitôt que ses autres frères et sœurs. Laissant de côté tout ce qui a trait à la mentalité de l'enfant, nous abordons immédiatement son examen somatique.

Gustave se tient constamment à l'état de veille, dans la situation indiquée par la photographie n° 1, c'est-à-dire accroupi à la façon des tailleurs et des arabes, les membres inférieurs croisés l'un sur l'autre en avant. Comme il lui est impossible d'utiliser ses membres inférieurs, on comprend qu'il lui soit impossible de se tenir debout. Toutefois il est capable de certains mouvements des membres supérieurs et peut mettre sa chemise, son veston, lorsqu'on les lui procure. Il s'alimente seul de la même manière, et depuis quelque temps on a pu parvenir à lui apprendre à coudre.

A l'aide des membres supérieurs, il exécute des mouvements anormaux qui lui permettent de faire le salut militaire, ainsi que l'indique la photographie n° 2.

Dépouillé de tous ses vêtements, il offre l'aspect classique du rachitisme au dernier degré. La tête est comparable à celle d'un

hydrocéphale, c'est-à-dire présente un crâne volumineux surmontant une face amaigrie dont le squelette peu développé fait ressortir encore l'exagération du crâne par rapport à la face. Le crâne est aplati de telle sorte que le diamètre transversal est augmenté; le frontal et l'occipital ont perdu leur convexité par suite de cet aplatissement. La circonférence cranienne est de 53 centimètres. Le cou est petit et la tête enfoncée dans les épaules fait reposer le menton sur le sternum.

A la partie postérieure du tronc, la colonne vertébrale n'est pas déviée, tout en présentant un certain degré de cyphose et de scoliose à droite. En avant le thorax est beaucoup plus déformé et fait une saillie globuleuse (thorax de polichinelle). Le tour de la poitrine au niveau des deux mamelons est de 63 centimètres. La respiration étant surtout abdominale, la circonférence thoracique reste à peu près la même, soit à l'expiration, soit à l'inspiration. A partir de la 7e côte, le thorax, très rétréci, va en s'élargissant de plus en plus, de façon à figurer un auvent à sa base, en s'appuyant sur les viscères abdominaux.

L'abdomen est volumineux; sa plus grande circonférence est de 65 centimètres; son aspect est celui d'un ventre de grenouille.

Aux membres supérieurs, la déformation rachitique porte principalement sur l'humérus de chaque côté. Cet os se trouve incurvé, aminci et aplati en lame de sabre à la partie moyenne pour retrouver en partie aux épiphyses sa forme cylindrique. Les articulations scapulo-humérales, très lâches, permettent la rotation complète de l'humérus sur lui-même, comme l'a indiqué la position de la photographie n° 2. L'enfant ne peut étendre les bras, ce qui a pour effet de diminuer l'envergure qui est de 73 centimètres seulement. La longueur du bras est de 15 centimètres, égale à celle de l'avant-bras; ce dernier n'offre rien de saillant qu'un peu d'atrophie. Quant aux déformations du bassin, il est impossible de les décrire avec précision.

Du côté des *membres inférieurs*, les lésions sont très accentuées et il y a lieu de les décrire séparément pour chaque membre. Au membre inférieur droit, le fémur est incurvé de façon à offrir une convexité postérieure (le malade étant supposé debout). La diaphyse de l'os est aplatie en lame sur toute l'étendue de la convexité; l'épiphyse inférieure est hypertrophiée. L'articulation du genou est tout à fait déformée et la rotule très rudimentaire peut être assimilée à un os sésamoïde. Le tibia présentant une convexité antérieure est aussi aplati en lame. Le péroné dont on sent la tête parait suivre la courbure du tibia. Le pied ne semble pas déformé, mais il est plus petit que celui d'un enfant du même âge; il est doué d'une très grande mobilité des orteils et par suite l'enfant ayant pour ainsi dire le pied préhensible peut ramasser à terre assez facilement un petit objet quelconque.

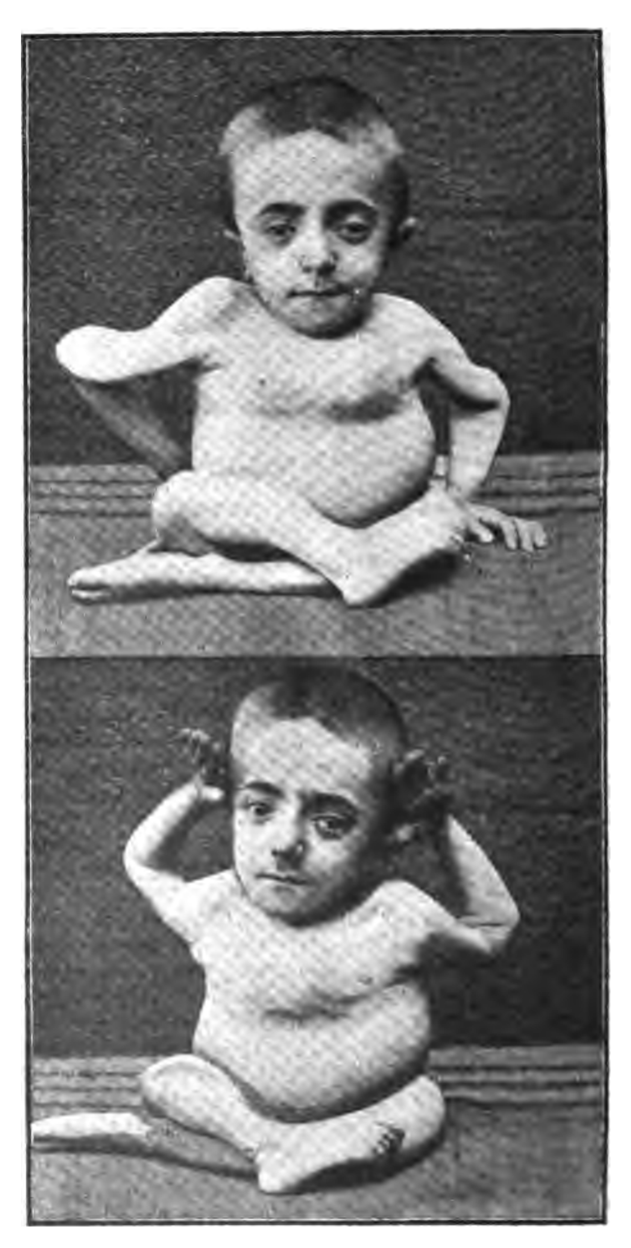


Fig. 1 et 2.



Fig. 3.

Au membre inférieur gauche, contrairement à ce qui se passe du côté droit, le fémur est incurvé de façon à présenter une convexité antérieure. Il est moins aplati que son congénère du côté opposé. L'épiphyse inférieure est également hypertrophiée. Quant

au tibia, l'incurvation étant moins accentuée qu'à droite il est d'autant plus long, mais aplati.

Quand l'enfant croise ses jambes, il place toujours la jambe droite sur la jambe gauche, par la raison, sans doute, que les déformations, dans cette position, s'adaptent mieux ensemble. Cette adaptation nous semble résulter de la position intra-utérine prise par l'enfant. Le pied gauche a le même caractère que le pied droit. La hauteur totale du corps dans l'extension la plus complète possible (la jambe gauche étendue) est de 81 centimètres et son poids de 11 kg. 400 gr. alors que le poids d'un enfant de son âge est de 26 kg. 13.

Les organes génitaux participent de la petitesse du développement; on perçoit deux testicules de la grosseur d'un pois; la verge est normale, mais un peu atrophiée.

Au point de vue du développement psychique, l'enfant a le langage articulé, possède un vocabulaire assez complet, a quelques idées simples, des sentiments affectifs, pas de mauvais instincts. Il est propre et demande à faire ses besoins.

Réflexions. — Il s'agit évidemment dans cette observation d'un exemple de rachitisme grave et plus spécialement de rachitisme intra-utérin, car l'enfant, comme nous l'avons relaté, est venu au monde déjà déformé, mais paraissait avoir la taille et le poids d'un enfant nouveau-né ordinaire. On comprend que son accroissement ultérieur ait été singulièrement entravé par les lésions existantes du système osseux, et que par conséquent le nanisme actuel en ait été la conséquence naturelle. Les nains en général sont de taille normale en venant au monde et l'accroissement de leur taille ne subit de ralentissement qu'au bout de quelques mois. Dans notre cas, le nanisme paraît différer du nanisme ordinaire, dont la cause échappe la plupart du temps, en ce qu'il résulte manifestement du rachitisme lui-même. Mais il reste à interpréter ce rachitisme.

On sait que les cas de rachitisme intra-utérins sont peu fréquents et au surplus ceux qui sont cités sont d'autant moins nombreux que « presque toujours les enfants qui naissent rachitiques ne vivent pas longtemps » (Guinard, *Précis de Tératologie,* p. 137, Paris, J.-B. Baillère, 1873).

Pendant longtemps, l'existence elle-même du rachitisme intra-utérin a été mise en doute, et les lésions inscrites au compte d'arrêts de développement, mais il nous semble que notre observation est singulièrement démonstrative de la

nature rachitique des déformations décrites chez notre sujet. Toutefois la cause en reste plus qu'obscure, malgré nos recherches pour en dégager les facteurs possibles étiologiques.

Du côté paternel, il n'y a eu aucun cas de rachitisme, ni chez les ascendants, ni chez les collatéraux; même situation négative du côté de la mère. Sur les 8 enfants issus des époux F... (dont la famille est très connue de l'un de nous comme nous l'avons dit), notre malade est le seul atteint de rachitisme, et ce qui ajoute encore à la difficulté d'interprétation pathogénique du cas, c'est qu'il se trouve intercalé par son rang de naissance entre deux séries de produits normaux. L'hérédité semble donc hors de cause dans l'espèce.

Quant aux conditions mêmes de la conception, elles semblent à leur tour négatives, le père ayant nié formellement avoir été, soit en état d'ivresse, soit en état pathologique quelconque à l'époque de la fécondation. Tout au plus pourrait-on relever qu'à l'époque où se place la conception du malade, c'est-à-dire en juin, le père pouvait être surmené par les travaux de la fenaison qui exige un labeur considérable; mais nous avons appris qu'à ce moment le père n'avait aucun surmenage. Quant à la mère, elle ne pouvait non plus avoir été épuisée par des grossesses antérieures puisque précisément son dernier accouchement remontait au 3 octobre 1887. Pendant le temps de sa grossesse, sa santé générale avait été très bonne et aucun accident (traumatisme, maladies infectieuses) n'était venu influencer le produit.

En résumé, on voit qu'il est impossible d'incriminer, au point de vue étiologique, aucune cause rationnelle apparente de ce rachitisme, ce qui ajoute encore à l'intérêt qu'il présente.

Nota. — Les photographies du sujet ont été exécutées par M. Guillot, étudiant de l'école de médecine de Dijon que nous remercions ici de son gracieux concours.

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro des Annales antialcooliques, *journal mensuel de vulgarisation et d'études*, publié sous la direction de M. le Dr Legrain. Bureaux : 12, rue de Condé, Paris. Abonnement : France, 3 fr.; Union postale, 3 fr. 50. Nous souhaitons la bienvenue à notre nouveau confrère.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

Idiotie profonde avec nanisme et infantilisme : Amélioration considérable ;

PAR BOURNEVILLE.

En dehors des petites notices qui figurent dans la première partie des *Comptes rendus annuels* de notre service, des communications que nous faisons de temps en temps aux *Congrès des aliénistes et neurologistes* et de deux thèses[1], nous n'avons publié que rarement, à tort, les observations *complètes* des enfants idiots améliorés ou guéris. L'observation que nous allons relater, choisie entre beaucoup d'autres, dans laquelle on suit année par année les progrès de l'enfant, montrera à nos lecteurs que même dans les cas les plus graves on obtient de très sérieux résultats.

SOMMAIRE. — *Enfant naturel. — Père, rien à noter. — Renseignements nuls sur sa famille. — Mère eczémateuse, pas d'accidents nerveux. — Grand-père maternel mort de paralysie du cerveau. — Grand'mère maternelle, alcoolique, morte d'une congestion cérébrale. — Deux cousins germains morts de convulsions. — Sœur, convulsions de l'enfance.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de douze ans.

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier. — Normal jusqu'à neuf mois. — Convulsions répétées de neuf mois à trois ans. — Marche à deux ans et demi. — Parole nulle. — Gâtisme. — Intelligence nulle.

1890 : *Teigne.* — 1891 : *rougeole.* — 1892 : *persistance de la teigne ; diarrhée.*

1893 : *Guérison de la teigne. — Rumination. — Début de l'amélioration, préhension plus sûre, attention plus fixable. — Caractère toujours sournois.*

1894 : *Diminution progressive des tics.*

[1] Griffaut. — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie,* 1896 ; — Boyer (J.). — *Traitement médico-pédagogique de l'idiotie.*

1895 : *Guérison du gâtisme. — Développement de la parole. — Accès de colère persistants.*

1896 : *Progrès scolaires. — Manies, bizarreries.*

1897-1902 : *Développement progressif de l'intelligenee, l'enfant sait lire, écrire, faire les premières règles, etc. — Notions usuelles très étendues. — Parole libre. — Guérison des tics.*

Lem... (Georges), né à Paris le 21 mars 1887, entre à trois ans à l'asile-école de Bicêtre, le 29 avril 1890. *Enfant naturel.*

Antécédents héréditaires. — *Renseignements fournis par la mère le 5 mai* 1890. — Père : quarante-cinq ans, typographe, toujours en bonne santé, non alcoolique. Intelligence ordinaire, travaillait régulièrement, bon ouvrier. Pas de violence vis-à-vis de la mère. Caractère calme. Il a abandonné la mère de ses enfants il y a deux ans, et serait mort, on ne sait de quoi, peu de temps après la séparation. Il n'a eu aucune discussion avec elle et, depuis, la mère ne l'a pas revu. Indifférent vis-à-vis de ses enfants. Pas de migraines. Pas de dartres ou d'affections cutanées. Aucun indice de syphilis. Nul renseignement sur sa famille.

Mère, trente-trois ans, brocheuse. Santé toujours bonne. Femme de taille élevée, physionomie assez intelligente. Pas de convulsions, réglée à quinze ans et demi. A quatorze ans, a eu un eczéma. Pas de migraines, pas de signes de syphilis. Intelligence moyenne.

Famille de la mère. — *Père,* sobre, mort d'une *paralysie au cerveau* (?). — *Mère, alcoolique,* elle buvait de tout et s'enivrait plusieurs fois par semaine, violente, morte d'une *congestion cérébrale* avec aphasie. — Gr.-père maternel, pas de renseignements. — Grand'-mère maternelle, sobre, morte d'une tumeur de l'estomac. — Deux *tantes maternelles* mortes jeunes de la *poitrine.*

Une sœur, en bonne santé ; de ses sept enfants un est mort de *convulsions* ; un autre a eu des *convulsions.* — On ne connait ni aliénés, ni épileptiques, ni arriérés, etc., dans la famille, d'ailleurs limitée.

Pas de consanguinité. 12 ans de différence d'âge entre les parents (père plus âgé).

Quatre *enfants* : 1° Garçon mort du croup à deux ans et demi. Pas de convulsions, intelligent ; — 2° Garçon mort à six mois du choléra infantile. Pas de convulsions ; — 3° Fillette de cinq ans, bien portante, bien développée pour son âge. Intelligence ordinaire. Trois ou quatre *convulsions* à six semaines qui n'ont jamais reparu depuis. Pas d'incontinence nocturne d'urine.

4° Notre malade. — A la *conception,* les parents étaient encore bien unis. *Grossesse* normale : pas d'accidents, pas de traumatisme ; pas d'émotions morales, pas de maladies infectieuses. — *Accouchement*

normal, à terme par le sommet. Pas d'asphyxie à la naissance. Nourri au sein pendant trois mois par une nourrice saine; ensuite a pris le lait au verre. A quatre mois, il se développait bien. Revu par sa mère à huit mois, il était tout à fait normal, époque où il a eu sa première dent : il regardait, gazouillait, jouait, se tenait autour des chaises, en un mot paraissait tout à fait normal.

A neuf mois, début des *convulsions*. Il en a eu 5 en trois jours, l'une d'elles, vue par la mère, aurait duré deux heures. Les membres étaient roides, retournés, la figure était de côté. Il ne pouvait plus *se tenir sur les jambes*. La mère l'a repris et l'a placé à côté de son domicile. Les convulsions le prenaient deux ou trois jours de suite, puis cessaient pendant denx ou trois jours. Elles étaient surtout toniques, étaient égales des deux côtés et duraient trois ou quatre minutes. De deux à trois ans, les convulsions se sont espacées, venant toutes les semaines puis tous les quinze jours. La physionomie était devenue sans expression.

Il a commencé à marcher à deux ans et demi. On a alors remarqué que l'un des pieds (on ne peut dire lequel) était tourné et appuyait sur son bord externe. Cette sorte de pied bot varus n'existait plus à l'entrée à Bicêtre.

Il ne comprend rien. Paraît complètement sourd, au dire de la mère. Il a marché à deux ans et demi. Il n'a jamais dit qu'un mot « maman » et encore il le dit très indistinctement et sans s'adresser à sa mère. Il grimace beaucoup depuis ses premières convulsions, bave, tette sa langue, crie par moments, se jette de côté, se ferait du mal si on ne le surveillait. Il ne reconnait pas sa mère. Il repousse les autres enfants, même sa sœur. — Il ne demande pas à manger, mastique mal, est gâteux. Le développement des jambes ne paraît pas proportionnel à celui des bras. — Pas de vers, d'onanisme, de traumatisme. — La dentition n'a été complète qu'à trois ans.

Pas d'autres maladies infectieuses qu'une rougeole à dix-huit mois, qui aurait été forte (toux et fièvre). A deux ans il aurait eu beaucoup de gourmes à la tête et à la face. On n'aurait pas remarqué de rumination? — Aucun signe de connaissance et d'affection. La mère, à qui il ressemble, dit-elle, attribue l'idiotie aux convulsions.

État actuel (14 mai 1890) (*Fig.* 4). — Enfant blond, lymphatique. Pas d'adipose, d'émaciation ; air de maladie, crie fréquemment, surtout s'il est seul ; quand on est près de lui, il se tait brusquement. — Peau blanche, glabre ; aucune cicatrice de vaccin ; absence complète de poils. Ganglions assez nombreux au cou et dans les plis de l'aine, aucun sous les aisselles. Cheveux implantés régulièrement ; tourbillon postérieur non dévié. Sourcils blonds, régulièrement implantés. Cils longs, châtains.

Tête assez grosse, volumineuse à la partie supérieure. Crâne : forme ovoïde : la partie postérieure est très volumineuse et de beaucoup prédominante sur la partie antérieure ; symétrique en apparence. Bosses frontales très saillantes ; ecchymose au niveau



Fig. 4. — Lem..., (Georges), né à Paris, le 21 mars 1887. Entré le 29 avril 1890. (Photographie prise en mai 1890.)

de la bosse frontale droite. Pas de persistance des fontanelles. — Front élevé (6 centimètres), mais peu large, se confondant rapidement avec les tempes. — Visage oval, arcades sourcilières peu saillantes, pas d'exophthalmie ; paupières normales, fentes palpébrales horizontales. Les yeux sont mobiles en tous les sens. Pas de strabisme, pas de paralysies, pas de nystagmus. Iris bleuâtre ; pupilles symétriques, non déformées, réagissant bien à la lumière

et à l'accommodation. Pas de lésion de la cornée ou de la conjonctive ; pas de larmoiement. L'examen fonctionnel ne peut être fait. l'enfant fermant les yeux constamment d'une part, d'autre part son absence complète d'intelligence, de compréhension empêchant d'avoir des renseignements sur l'acuité visuelle, la notion des couleurs. etc. — *Nez* petit, arrondi, à courbe supérieure et dorsale; narines étroites, sillon naso-labial assez accentué. L'*odorat* parait exister. — Pommettes peu marquées, régulières, symétriques. — *Bouche* petite, horizontale, lèvres minces, l'inférieure plus volumineuse, mais non éversée. — *Langue* grosse, palais et voile normaux. Amygdales normales. Le *goût* semble exister. — Il y a 8 dents de lait à chaque mâchoire. — L'expression du visage indique que l'enfant fait la différence des saveurs. — *Oreilles* grandes, mais non écartées. Ourlet régulier, ainsi que les autres parties constituantes de l'oreille ; conque large ; *ouie* obtuse, mais existante.

Cou court, circonférence 27 centimètres. Corps thyroïde perceptible.

Thorax assez large, dilaté à la base, potelé comme le reste du corps, pas de saillie des omoplates ni de déviation du rachis. — Battements du cœur réguliers. Rien à l'auscultation des poumons. — *Abdomen* peu volumineux. Rien du côté du foie ou de la rate.

Organes génitaux : bourses petites, rétractées, les deux testicules de la grosseur d'une olive sont dans les bourses. Verge : longueur, 4 centimètres ; circonférence, 3 centimètres. Prépuce long, gland découvrable. Anus normal.

Membres supérieurs réguliers, normaux, cylindriques, potelés, mais peu musclés ; doigts longs, ongles courts.

Membres inférieurs : rien à signaler, pas de déviation osseuse, pas de pied plat. Ongles et orteils courts.

Sensibilité normale à la piqûre, au pincement, à la température. *Réflexes* rotuliens semblant disparus ainsi que les réflexes olécraniens (?) ; réflexe pharyngien normal. Pas de trépidation spinale.

Lem... ne s'aide en rien, sauf qu'il se sert un peu de la cuiller. — Parole nulle. Il mange seul en se servant uniquement de la cuiller. La mastication est bonne, pas de bave, de rumination ni de vomissements. La digestion est bonne. Diarrhée très fréquente. Très turbulent et entêté. Sommeil bon. Ne s'habille, ni ne fait seul sa toilette. — En résumé, *idiotie profonde*.

19 *mai* : Bronchite légère. Guérison le 2 juillet.

29 *juillet* : Corps glabre. Verge courte, longueur 4 centimètres. Circonférence 0,035 ; prépuce court, ne peut être ramené en arrière. Bourses pendantes, testicules égaux, un peu plus gros qu'une olive. Anus normal.

29 *septembre*. — Entre au pavillon d'isolement pour la *teigne*.

4 *octobre*. — Vaccination. Succès complet : six pustules vaccinales.

Pendant toute l'année 1891, l'enfant ne fait aucun progrès. Parole nulle. Gâte la nuit et le jour.

1891. 20 *juin*. — *Rougeole* : éruption discrète qui commence à pâlir. le 22. La température s'abaisse le même jour.



Fig. 5. — Lem... (Georges) en octobre 1892.

26 *juin*. — Il n'y a plus trace de l'éruption, pas de complication. — 3 *juillet* : Guérison complète.

1892. Commence à être un peu propre le jour à partir de septembre. En décembre, va seul aux cabinets. Mange proprement, mais il ne se sert toujours que de la cuiller.

18 *mars*. — Plaque de teigne assez bien délimitée au niveau du tourbillon ; petites plaques disséminées en avant. Traitement : épilation, sublimé, emplâtre de Vigo.

Juillet. — État stationnaire de la teigne. Diarrhée. — *Organes génitaux* : Verge : longueur, 6 cent., circonférence, 5 cent. Phimosis. Le gland n'est pas découvrable. Testicules de la grosseur d'un gros haricot, égaux. Région anale normale.

8 *octobre.* — Éruption pustuleuse disséminée sur toute la surface de la tête. (*Fig.* 5).



Fig. 6. — Lem..., (Georges) en avril 1894.

1893. 16 *juin.* — Amélioration considérable de la teigne, mais il existe encore sur la tête une éruption papulo-pustuleuse. — Même état des organes génitaux.

Août. — Passe à la *petite école.* Il est guéri de la teigne. Il continue à gâter le jour et la nuit. *Il rumine presque continuellement* pendant l'heure qui suit le repas. En classe est toujours souriant et montre de la bonne volonté.

Octobre. — Va seul aux cabinets le jour. La parole est toujours

nulle, mais l'enfant aime beaucoup entendre parler et chanter. Il sourit à tout ce qu'on lui dit et se montre très docile et très attentif à la classe. Il commence à lacer ses souliers et à placer exactement les cartons sur le tableau de couleur, à exécuter les premiers mouvements de gymnastique et saute les deux premiers



Fig. 7. — Lem..., (Georges) en octobre 1895.

degrés de l'escabeau. Caressant, gai, joueur. Pleure très rarement. Pas d'onanisme. Ni voleur, ni gourmand. Tenue générale bonne, soigneux; se regarde quand on lui met une robe propre ou des souliers neufs et son attitude exprime la joie. — Il se balance latéralement, en levant alternativement les pieds et roulant la langue dans la bouche.

1894. 16 *juin*. — Même état des organes génitaux (*Fig*. 6). Parole toujours nulle. Paraît comprendre ce qu'on lui dit. N'est presque

plus du tout gâteux. Le *balancement* a presque disparu. Aujourd'hui il ne lui reste plus guère qu'un clignement de l'œil gauche. Caractère affectueux, aime les caresses, quelques colères sans durée. Mange gloutonnement, ne semble jamais rassassié, *flaire ses aliments*. Place bien les couleurs, distingue les surfaces, un plus grand nombre d'un plus petit. Exécute les premiers mouvements de la gymnastique des échelles.

Décembre. — Essaie de balbutier quelques paroles : «attends, va voir. » Place quelques lettres et quelques chiffres, mais ne les distingue pas. Les *tics* de balancement et de grincement ont beaucoup diminué. Les *cris* ont cessé. Il demande à aller aux cabinets en disant « envie ».

1895. *Juillet*. — Puberté : visage, aisselles, pubis glabres. Verge, longueur, 4 centimètres ; circonférence, 4 cent. 1/2. Testicules dans les bourses, du volume d'un haricot, prépuce recouvrant entièrement le gland ; région anale normale.

Parole améliorée, essaie de répéter les mots, mais avec difficulté. Articulation très défectueuse. Il connaît les lettres, les chiffres, les couleurs. Exécute bien tous les mouvements de petite gymnastique.

Décembre. — Tout à fait propre le jour, gâte quelquefois la nuit. Connaît les parties de son corps, les vêtements, un peu les jours de la semaine. Il est toujours méchant et sournois avec ses camarades (*Fig*. 7).

1896. — Parler toujours défectueux dans l'articulation. Les progrès scolaires sont lents, car l'*attention* est toujours distraite. Les tentatives pour le faire syllaber ne donnent pas encore de résultats. Lem... est absolument propre, ne gâte plus ni jour ni nuit. — Les accès de cris, le balancement, les grincements de dents ont complètement disparu. Lem... tient mieux le crayon, trace des bâtons, lace, boutonne, mais ne parvient pas à nouer.

Décembre. — Caractère fantasque ; reste parfois plusieurs jours isolé volontairement de ses camarades, criant, riant, sautant et paraissant manquer totalement de lucidité. Dans ces périodes il est impossible de rien en tirer ; l'attention est absolument nulle. D'autres fois, il est docile, s'applique à ce qu'il fait, est très heureux qu'on s'occupe de lui, est sensible aux compliments et aux reproches (*Fig*. 8). Il a la manie de promener sa langue dans sa bouche et de la mordiller toutes les fois qu'il est occupé. Lorsqu'il est joyeux, il ouvre la bouche démesurément, baisse la tête et saute en crispant les poings.

1897. *Août*. — Corps glabre. Verge : longueur, 5 centimètres ; circonférence, 4 centimètres ; phimosis. Testicules égaux. Anus normal. — *Parole* très améliorée, commence à faire de petites

phrases, telles que : « Je ne veux pas à la soupe. Il a battu Georges, etc. » (*fig.* 9).

Décembre. — Beaucoup d'amélioration dans les exercices scolaires : il commence à savoir tenir la plume, à faire des C et des O. Il a fait beaucoup de progrès pour la lecture. Il est heureux quand



Fig. 8. — Lem...., Georges en juin 1896.

on le fait travailler. Lorsqu'on l'appelle pour lire, il se frotte les mains et saute en signe de satisfaction. Il reconnait et nomme les petites quantités. Il est toujours colère et fantasque. Il aime à frotter son visage sur les oreilles et le cou de ses camarades et très souvent la caresse se transforme subitement et il mord avec frénésie.

1898. *Juin.* — Progrès dans l'écriture. Il lit et retient avec une

facilité surprenante les *mots imprimés*, mais n'apporte aucun goût à la lecture dans le *Syllabaire*.

1899. *Juin.* — Prend goût à la lecture du *Syllabaire*, qu'il ne voulait pas regarder. Dans le *Syllabaire* de même que pour les



Fig. 9. — Lem..., en octobre 1897.

mots imprimés, il ne retient que les mots qu'il comprend et ces mots il les lit indifféremment à l'envers et à l'endroit. Il est doué d'une mémoire surprenante. L'*éeriture* s'améliore. Progrès absolument surprenants dans la *parole* qui était *absolument nulle*. Chaque jour il emploie des mots nouveaux (*Fig.* 10).

1900. *Janvier.* — Lem... prend goût à tous les exercices classiques. Il copie les mots qu'il lit et même en écrit un certain nombre de mémoire, tels que les jours de la semaine, les

nombres dont il connaît la valeur jusqu'à 10. Caractère plus doux, plus docile, moins rageur.

Juin. — Amélioration persistante et progressive dans la paroie, la lecture, l'écriture. Lem... trace tous les chiffres, commence à faire de petites additions.



Fig. 10. — Lem..., (Georges) en octobre 1899.

1901. — Tout le corps est glabre, verge, 6 cent. 1/2 de longueur; circonférence, 6 centimètres. Gland recouvert par le prépuce qui ne décalotte pas. Testicules du volume d'un œuf de moineau. Anus normal.

Parole encore défectueuse, mais Lem.,. a acquis cette année ch, g, v, z, j, r, ill, gu, bl. Tous ces sons, bien articulés au commencement ou dans le corps des mots, sont nuls lorsqu'ils forment la syllabe finale d'un mot terminé par un *e* muet. Progrès pour tous les exercices, surtout pour les leçons de choses.

Juin. — Progrès pour la classe, mais difficulté pour le calcul. Il lit couramment, commence à faire des devoirs élémentaires sur la grammaire. Caractère susceptible, ne supportant pas les taquineneries de ses camarades. Il a perdu l'habitude de flairer. Son goût est encore bizarre, il ne veut ni charcuterie, ni aucun fruit.

Décembre. — Commence quelques petits exercices de grammaire. Difficulté pour le calcul, fait l'addition, commence la soustraction. La parole est encore défectueuse pour certaines consonnes se trouvant dans le corps d'un mot. Ainsi il dira *projetion* pour *projection*, *caninet* pour *cabinet*. De même, par paresse et non par difficulté. il supprime d'habitude les syllabes finales, muettes, des mots. Son caractère est toujours rageur. Lorsqu'il est en colère pour un motif quelconque, tous ceux qui sont à sa portée en subissent le contrecoup, et à défaut de camarades dans son voisinage, ce sont les tables, les portes, les fenêtres, qui reçoivent coups de poings et coups de pieds.

1902. *Décembre.* — Lem... apporte beaucoup d'application à la gymnastique et aux travaux de la classe. Il *comprend* bien ce qu'il lit, écrit mieux, fait l'addition et la soustraction avec retenues. ébauche la multiplication. Il a une mémoire extraordinaire pour les mots qu'il a lus. Il fait quelques exercices élémentaires de grammaire ; il applique assez bien le genre et le nombre, copie des verbes, fait un peu d'analyse. Il reste toujours maniaque. Il ne faut pas que rien vienne intervertir l'ordre des choses établi, sinon il est furieux. Si, pour une cause ou une autre, une des infirmières change son jour de sortie, il l'invective et bougonne toute la journée à ce sujet. Dans une promenade, si l'on ne revient pas par le même chemin que l'on a pris en allant, il se met en colère et récrimine pendant le trajet. Si le jour où l'on a l'habitude de faire la leçon orale de grammaire, on fait une leçon de choses, il est fâché, ne veut rien écouter, ne répond que des bêtises aux questions qu'on lui pose et fait en sorte de troubler l'ordre.

Ses camarades qui s'aperçoivent de sa bizarrerie de caractère, le taquinent souvent, alors ce sont des rages : il crie, trépigne, tape à droite, à gauche tout ce qui l'environne (meubles et gens) et ne se calme que lorsque l'on fait signe de le conduire en cellule. (*Fig.* 11).

Puberté et organes génitaux. — Sauf un peu de duvet très fin au-dessous des oreilles et aux extrémités de la lèvre supérieure, *tout le corps est glabre.* Les bourses sont pendantes, les testicules égaux, de la dimension à peine d'un œuf de pie. La verge mesure 6 cent. de longueur et de circonférence. Le prépuce est long, étroit et ne permet de voir que l'extrémité du gland. Le méat paraît plutôt petit (*Phimosis*). Rien à l'anus. — Lem... ressemble non à un adolescent, mais à un enfant.

Réflexions. — I. Nous n'avons rien à relever du côté du père, enfant naturel, dont la famille est inconnue. — Du côté maternel, nous notons la mort du grand-père de l'enfant par une *paralysie du cerveau*, celle de la grand'mère, *alcoolique*,



Fig. 11. — Lem.... Georges en octobre 1902.

par une *congestion cérébrale*, des *convulsions* chez plusieurs cousins.

II. Lem..., d'après les renseignements fournis par sa mère et que nous avons tout lieu de croire exacts, aurait été tout à fait normal, jusqu'à neuf mois. Surviennent à ce moment des *convulsions* sous forme d'*état de mal* (2 heures), qui se

MESURES DE LA TÊTE	1890	1892	1893	1894 Janv.	1894 Juill.	1895 Janv.	1895 Juill.	1896 Janv.	1896 Ju..
Circonférence horizontale maxima	51	51	52	52	52	51,5	52	53	[illegible]
Demi-circonférence bi-auriculaire	33	34	34	34,5	34	35,4	35	35	[illegible]
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	34	36	36,5	36,6	35	38	38	38	[illegible]
Diamètre antéro-postérieur maximum	17,1	18	19	19	18	18	18	18	[illegible]
Diamètre bi-auriculaire maximum	11,2	11,5	12	12	11	11	11	12	[illegible]
Diamètre bi-pariétal maximum	13	14	14,5	14,6	13,2	14,4	14	14	[illegible]
Diamètre bi-temporal maximum	»	»	»	»	»	»	»	11,5	[illegible]
Hauteur médiane du front	4-5	5	5	5	4 ½	5	5	5	[illegible]
Poids	k 12	k 12,900	k 13,500	k 13,900	k 11,200	k 19,65	k 21,200	k 19,700	[illegible]
Taille	m 0,84 ½	m 0,85	m 0,85	m 0,85 ½	m 0,88	m 1,04	m 1,06	m 1,06	[illegible]
Dynamomètre. Dr.	»	»	»	»	»	»	»	»	[illegible]
Dynamomètre. G.	»	»	»	»	»	»	»	»	[illegible]

1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903
Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
53	53	53	53	53	53	53	53	52	52	52	52	52
35	35	35	35	35	35	35	35	34	34	34	34	34
38	38	38	38	38	38,2	38,2	38,2	37	37	37	37	37
18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13
14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	15	15	15	15	15
12	12	12	12	12	12	12	12	14	14	14	14	14
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k	k
22	22,900	23	23,900	24,100	25	26	26	28,500	29	31,5	31	33,5
m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m	m
1,11	1,14	1,15½	1,17	1,19	1,22	1,23	1,25	1,27	1,29	1,31	1,35	1,36
5	.	7	8	5	5	7	11	8	8	20	10	10
4	»	10	9	5	5	7	8	9	9	20	7	14

répètent trois jours et déterminent l'*idiotie complète*: absence de développement de la parole, persistance du gâtisme, impotence des membres, regard sans expression, attention nulle, arrêt de la dentition, etc. Les convulsions se sont répétées fréquemment de neuf mois à deux ans presque quotidiennement sous forme plutôt de petits accès. De deux à trois ans, elles s'éloignent de plus en plus et enfin disparaissent à 3 ans. Il se produit alors une première amélioration, légère toutefois et portant exclusivement sur l'état physique: l'espèce de paralysie de l'un des membres inférieurs disparaît. Intellectuellement rien : l'attention ne s'éveille pas, la physionomie reste idiote, on croit l'enfant sourd.

III. De 1890 à 1893, en raison de la teigne, le traitement médico-pédagogique n'a pas été sérieusement appliqué. Il ne l'a été qu'à partir du mois d'août 1893. L'enfant est devenu propre, la figure a offert un commencement d'expression, l'attention s'est développée.

A partir de 1895, les *tics* ont diminué, puis disparu. La parole est venue, l'enfant a appris à se laver, à s'habiller, à manger seul, en un mot à ne plus avoir besoin d'aide. Enfin il a appris à lire, à écrire, à compter, à faire les trois premières règles, à connaître, nommer les personnes et les choses. Les sentiments affectifs, nuls autrefois. se sont développés, l'enfant est affectueux pour sa mère et les personnes qui l'entourent. En résumé, aujourd'hui, si l'enfant était présenté pour la première fois, ce ne serait plus le diagnostic : *idiotie profonde* que nous porterions, mais celui d'*imbécillité*.

IV. Il suit aussi de ce qui précède que l'on doit s'occuper activement des idiots les plus malades, complets, êtres végétatifs et ne pas les reléguer dans le coin le plus dissimulé des hospices ou des asiles, comme certains médecins qui ne connaissent que superficiellement les malades, n'ont quelquefois ni vu ni lu, le demandent, les considérant comme insusceptibles de toute amélioration. Il faut appliquer avec régularité et patience le *traitement médico-pédagogique* pendant plusieurs années, avant de déclarer les idiots complets incurables. L'histoire de Lem... en est la preuve. Nous avons cité bien d'autres cas analogues qui justifient notre opinion.

V. Une particularité, observée chez Lem..., mérite d'être relevée, c'est que pendant bien des années, jusqu'à son admission à Bicêtre, il était considéré comme *sourd*. Il ne l'était pas, en réalité; sa surdité n'était qu'apparente. Ce qui lui manquait, c'était l'attention auditive.

VI. L'*idiotie*, ici, était compliquée de *nanisme* avec *infantilisme*. L'examen du tableau de la *taille*, prise deux fois par an, de 1890 à 1902, montre qu'elle a toujours été notablement au-dessous de la moyenne. A la fin de 1902, elle était de 1 m. 36 au lieu de 1 m. 55, *soit en moins* 19 *centimètres*. *L'infantilisme* est indubitable : physionomie enfantine, absence de poils à la face, sur le corps, au pénil ; organes génitaux peu développés, en somme *aucun signe de puberté* malgré son âge (seize ans). Pas d'onanisme, aucune manifestation génitale.

VII. Bien que la mère n'ait pas remarqué la *rumination*, elle a été constatée peu après l'entrée. Elle a été plus marquée à certaines périodes et revient encore de temps en temps. Les cas de rumination qui étaient nombreux dans le service, autrefois, deviennent de plus en plus rares[1].

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. **Théorie des réflexes cutanés et tendineux basée sur la nature fonctionnelle des deux faisceaux pyramidal et intra pyramidal**; par le Dr Heldenbergh. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 23).

II. **Sur le réseau endocellulaire de Golgi dans les éléments nerveux en général et dans les cellules nerveuses des ganglions sympathiques en particulier**; par le Dr Soukhanoff. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 25).

De l'examen d'un très grand nombre de coupes des ganglions sympathiques, l'auteur conclut que le réseau de Golgi est bien un

[1] Le tableau des mensurations de la tête, offre quelques différences qui s'expliquent soit par un amaigrissement momentané, soit parce que les cheveux étaient plus ou moins courts. Les irrégularités dynamométriques tiennent à ce qu'on ne peut pas toujours obtenir la même attention chez l'enfant.

appareil endocellulaire composé de fins filaments entrelacés et disposés tantôt autour du noyau, tantôt en dehors de lui. Une particularité sur laquelle insiste M. Soukhanoff, est que le réseau endocellulaire des ganglions sympathiques ne présente pas des rejetons semblables à ceux du même réseau des cellules spinales motrices ou des cellules corticales pyramidales; pourtant on voit çà et là, à la périphérie du réseau des cellules des ganglions sympathiques, de petits appendices qui rappellent les rejetons du réseau des autres cellules. G. DENY.

III. **Le mécanisme du tonus et des réflexes dans l'état actuel de la science**; par J. CROCQ (*Journ. de Neurologie*, 1902, nos 19 et 20).

L'auteur passe en revue dans ce travail toutes les critiques qui ont été dirigées contre le rapport présenté par lui en 1901 au Congrès de Limoges, sur le mécanisme du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture. Parmi ces critiques, les plus sérieuses sont, sans contredit, celles qui se basent sur les résultats observés dans les cas de lésions transversales de la moelle : les uns prétendent avec Bastian, Brun, von Gehuchten et Crocq que la section complète de la moelle provoque chez l'homme une abolition totale du tonus et des réflexes avec persistance seulement de certains réflexes défensifs; les autres affirment avec Brissaud, Grasset, Raymond et Cestan que la section complète de la moelle ne donne lieu à l'abolition du tonus et des réflexes que lorsque cette section est brusque; il y aurait au contraire conservation et même exagération du tonus et des réflexes lorsqu'elle est lente et progressive.

Ces divergences d'opinions sont dues, d'après l'auteur, à ce que les cliniciens interprètent différemment la nature de la lésion qu'ils observent : les uns, convaincus que la section complète de la moelle ne donne lieu à l'abolition du tonus et des réflexes que si la lésion est brusque, considèrent comme répondant à une section complète de la moelle les cas que d'autres et Crocq en particulier rapportent à une section incomplète.

L'examen histologique ne paraît pas jusqu'à présent susceptible de trancher le différend, quelques tubes nerveux pouvant persister au milieu des foyers de myélite sans que les réactifs actuellement en usage puissent les déceler. G. D.

IV. **Sur l'influence des excitations sensorielles comme agents provocateurs des accès d'épilepsie**; par FÉRÉ (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 21).

L'influence des excitations périphériques des nerfs sur la production de l'épilepsie est bien connue : ce sont en général des irritations mécaniques ou des lésions traumatiques ou patholo-

giques qui affectent plus ou moins grossièrement les structures. Les organes sensoriels et en particulier l'appareil auditif sont souvent le siège de ces lésions irritatives, mais les cas où la provocation est réalisée par l'excitation physiologique d'un nerf spécial sont beaucoup plus rares.

L'auteur en rapporte deux exemples : dans le premier il s'agit d'un idiot épileptique dont les crises se manifestent à propos des excitations sensorielles les plus variées : bruits soudains, lumière vive, ventilation, odeurs fortes, etc.

Le second concerne un homme de soixante-cinq ans chez lequel des accès d'épilepsie s'étaient substitués à des crises de migraine et survenaient constamment à la suite d'explosions bruyantes, de changements brusques d'éclairage, etc. G. DENY.

V. Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales; par le professeur MARINESCO.

L'auteur poursuit le cours de ses intéressantes recherches sur les localisations motrices spinales, par l'étude du radial dont le noyau est composé de deux groupes : un premier, plus considérable et mieux défini qui, au niveau de la 7e et de la 8e racine, est représenté par le noyau intermédiaire, duquel le triceps tire sa source d'innervation ; et un second groupe postérieur et latéral. Puis il étudie les altérations consécutives aux désarticulations, chez le chien, désarticulation cubito-métacarpienne, et désarticulation scapulo-humérale.

L'étude comparative des altérations consécutives aux résections nerveuses et aux désarticulations semble démontrer que le noyau de certains nerfs périphériques qui desservent plusieurs segments, tels que le radial, le médian et le cubital ne constituent pas une colonne unique et indivisible, mais que cette colonne se bifurque dans son trajet.

Il en résulte que sur des coupes transversales, on voit assez souvent non pas un noyau unique en réaction, mais deux noyaux. Ces ramifications secondaires correspondent habituellement aux segments que les nerfs en question desservent. Il y aurait là une preuve en faveur de la localisation motrice segmentaire soutenue par Van Gehuchten (*Revue neurologique*, juin 1901). E. BLIN.

VI. L'auto-représentation de l'organisme chez quelques hystériques; par le Dr GOMAR.

L'auteur a constaté que non seulement l'hystérique dans l'état d'hypnose pouvait éprouver plus nettement que d'autres la sensation de certains organes, mais aussi qu'elle pouvait avoir conscience d'autres organes qui ne se révèlent jamais à nous dans aucun cas soit physiologique, soit pathologique. Elle peut enfin avoir la conscience de la constitution anatomique de ses organes et de

même qu'en passant de l'état d'anesthésie totale à l'état de sensibilité parfaite, elle assiste chez elle-même au retour de la fonction normale; de même elle peut, dans certains cas, reconnaître non seulement la position et le fonctionnement d'un de ses organes, mais aussi sa constitution anatomique et sa structure intime, ainsi que le prouvent les faits rapportés dans le présent mémoire. (*Revue neurologique*, mai 1901). E. B.

VII. **L'origine réelle du nerf circonflexe**; par les Drs Parhon et Goldstein.

Les auteurs ont étudié, chez le chien, par la méthode des réactions à distance, l'origine réelle du nerf circonflexe.

Au niveau du 4e segment cervical, le contour de la corne antérieure est arrondi; les groupes cellulaires que l'on peut distinguer sont au nombre de 6 : antéro-interne, antérieur, antéro-externe, central, externe et postéro-externe. Le nerf circonflexe, qui innerve chez l'homme deux muscles, le deltoïde et le petit rond, et qui, chez le chien, donne encore quelques filets pour le grand rond et pour le sous-scapulaire, a son origine constituée dans la moelle par un seul groupe cellulaire, formant un noyau bien circonscrit, le groupe externe. Alors que le nerf circonflexe a son origine apparente commune avec le radial, son noyau d'origine se trouve tout à fait indépendant de celui du radial et occupe une situation différente dans un autre segment de la moelle cervicale (*Revue neurologique*, mai 1901). E. B.

VIII. **Agénésie bilatérale des lobes frontaux chez une femme ayant présenté un développement intellectuel à peu près normal**; par le Dr Dide.

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, atteinte d'alcoolisme chronique avec démence et à l'autopsie de laquelle on trouva une atrophie symétrique de toutes les circonvolutions frontales, sauf la frontale ascendante qui est normale.

Dans les régions atrophiées, la caractéristique histologique consiste dans la diminution marquée des éléments nobles de l'écorce, sans que cette diminution résulte de phénomènes dégénératifs du côté des cellules nerveuses : c'est une véritable agénésie.

Malgré cela, le développement intellectuel a pu s'opérer d'une façon à peu près normale, permettant à cette femme d'apprendre à parler, de s'instruire même un peu, à une époque où, en Bretagne, les gens du peuple étaient presque tous illettrés, de s'occuper de son intérieur, d'en faire en somme une femme normale. L'équilibre instable ne s'est traduit que d'une façon éphémère, à l'âge de trente ans. Il y a lieu de s'étonner que de pareilles altérations puissent coïncider avec une symptomatologie psychique aussi légère (*Revue neurologique*, mai 1901). E. B.

IX. Contribution à la psychologie des symptômes de la catatonie ; par R. Vogt. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXV. N. F. XIII. 1902.)

Kraepelin et Sommer disent que les divers symptômes de la catatonie (catalepsie, écholalie, échopraxie, négativisme, stéréotypie des attitudes et des mouvements, incohérence des idées, grimaces, impulsivité), tous d'origine mentale, émanent d'un même mécanisme, c'est-à-dire de la stéréotypie ou tendance au maintien d'un jeu d'innervation déjà créé, voire à la répétition de catégories de mouvements, et de la suggestibilité qui consiste en des troubles morbides de l'activité volontaire.

En réalité, aucun acte ou mouvement conscient ne peut avoir lieu que si, au préalable, le champ de la conscience est visité par l'idée de ce mouvement ou de cet acte. Si cette idée ne se heurte pas à des idées opposées, le mouvement, qui a dès lors lieu, est *idéomoteur*, l'acte s'effectue sans qu'intervienne la décision de la volonté. Tel est le cas de la plupart des *actes habituels*. S'il se produit des idées de mouvement concurrentes, il faut qu'elles soient chassées du champ de la conscience : c'est le rôle de la *volition* ; l'idée victorieuse entraîne l'*acte de choix*.

Le degré de netteté dans le champ de la conscience des idées de mouvement dépend de l'activité des centres psychomoteurs. Les mouvements en rapport avec l'exercice et la grande activité des centres psychomoteurs s'effectuent, s'ils ne rencontrent pas de stimulus contraires, sous l'influence d'une idée motrice toute passagère, à demi consciente, qui demeure à la périphérie de la conscience : ce sont des mouvements coulants à demi involontaires. Existe-t-il en revanche des stimulus concurrents, y a-t-il torpidité des centres, il faut, pour que l'acte s'accomplisse, que l'idée de mouvement soit renforcée par l'intensité de l'attention : travail pénible entraînant la sensation d'une tension volontaire vigoureuse. Cette tension se traduit par des mouvements associés qui tiennent à ce que l'irritation volontaire irradie sur les centres voisins à raison d'un arrêt de la décharge.

Ce n'est pas tout. Les phénomènes physiologiques corticaux qui accompagnent une idée ne cessent pas immédiatement à l'instant où cette idée disparaît du champ de la conscience. Ils subsistent bien qu'affaiblis et il suffit d'un choc minime pour leur rendre une vigueur suffisante, pour que l'idée correspondante renaisse. Ceci est manifeste en ce qui concerne les heures de cours et les récréations intervallaires : il reste pendant celles-ci une empreinte subconsciente du sujet de l'enseignement précédent, évidemment due aux échanges nutritifs intracorticaux correspondants, qui ramène les idées en question dès que l'on se dispose à reprendre la suite du cours. Seulement la *persistance du travail intra-cortical* s'évanouit dès que le champ de la conscience est pourvu d'un nouvel objet.



Or, dans la catatonie, l'aptitude à la persistance du fonctionnement psychophysique engendré par le mécanisme d'une idée est exagérée. Les phénomènes d'innervation dus à ce mécanisme tendent à se prolonger et à se répéter. Les idées déjà effectuées demeurent ainsi longtemps clichées et se peuvent à nouveau réengendrer. Plus le même phénomène psychique se répète, plus facilement, à raison de l'exercice, il se produit, d'où la *stéréotypie*. L'aptitude exagérée à la persistance psychomécanique suppose que nul autre objet n'occupe le champ de la conscience, que celui-ci est rétréci ; de là la *ressemblance de l'état hypnotique et de l'état catatonique.*

Applications. — On lève le bras d'un malade de ce genre, on éveille ainsi en lui l'idée qui correspond à la position de son bras ; tant que cette idée se maintiendra sans concurrence dans le champ de la conscience, le bras conservera la position qu'on lui a donnée : *catalepsie*. Les idées concurrentes qui pourraient chasser cette idée et, par suite, interrompre l'attitude, tels le sentiment de la fatigue, l'idée de l'incommodité de la position, etc., etc., ces idées dérivatrices ne viennent pas parce que le champ de la conscience est diminué. La catalepsie subsiste. Plus forte est l'aptitude à la persévérance du mécanisme cortical correspondant, plus faiblement agissent les idées dérivatrices. Levez l'autre bras du sujet, ou persuadez lui que la position qu'il a est absurde, vous distrayez son attention de l'idée première, l'innervation du bras cataleptique ne s'effectue plus, il retombe.

Le rétrécissement du champ de la conscience du catatonique explique que les actes des autres personnes puissent engendrer chez eux des idées qui enchaînent leur attention et se maintiennent sans concurrence : il en est qui sont ainsi *imitateurs* et *suggestibles*. Mais il peut arriver que des idées à mécanisme persévérant bloquent le champ de la conscience et alors ces suggestions restent inactives, ne pénètrent pas ce champ. Par contre, certains stimulus accidentels ou erratiques peuvent y pénétrer et aboutir aussitôt à des *impulsions*, précisément parce qu'à cause de l'étroitesse du champ en question, ils ne sont point arrêtés.

L'état de *négativisme* consisterait simplement, d'après Sommer, en l'exagération de la tendance à immobiliser les attitudes ; en d'autres termes, la persistance du travail intra-cortical serait en l'espèce très accusée. P. KERAVAL.

X. **Un macrotome** ; par N. SCHIPOW. (*Obozrénié psichiatrii.* VII, 1902.)

Appareil destiné à débiter le cerveau en coupes régulières plus ou moins épaisses. Il se compose d'une plaque de cuivre horizontale large de 10 centimètres, longue de 25 centimètres, épaisse de 5, munie d'une échelle métrique horizontale aussi. Le long de

cette plaque et par suite de cette échelle se meut à frottement une espèce de pont agrémenté d'un parapet vertical. Le long de ce parapet et des montants verticaux du pont on fait glisser le couteau.

On installe sous le pont le cerveau garni de ouate humide en l'orientant comme on le désire, de façon à ce qu'il dépasse la voûte formée par le parapet. Le rasoir ou le couteau glisse le long de ce dernier et des montants. Il suffit ensuite de faire avancer le pont de la longueur mesurée sur l'échelle de la plaque pour obtenir une coupe de l'épaisseur voulue par rapport à la première section et ainsi de suite. Tandis qu'on procède à la section il est indiqué de maintenir le cerveau dans sa situation avec la main. On fera bien aussi de ne pas le placer directement sur la plaque de cuivre mais sur une pièce de liège interposée.

P. Keraval.

XI. Contribution à l'anatomie pathologique de l'hydrocéphalie interne; par G. Troschine. (*Obozrénié psichiatrii*. VII, 1902.)

Les documents bibliographiques passés en revue par l'auteur montrent l'intérêt qu'il y aurait à déterminer les lésions anatomiques présidant : 1° à l'hydrocéphalie ventriculaire idiopathique des adultes ou méningite séreuse des ventricules de Quinke ; 2° à la symptomatologie de la pression exercée sur le cerveau soit dans les limites de la théorie de Bergmann, soit dans celles de la théorie d'Adamkiewicz ; 3° à l'état, du fait de cette pression, de la substance blanche, de la substance grise, de la névroglie, des vaisseaux et des méninges.

Voici cinq observations dans lesquelles les ventricules latéraux étaient dilatés à des degrés et pour des raisons différentes. Les cas 1 et 2 concernent une hydrocéphalie interne consécutive à l'encéphalite chronique diffuse et à la folie systématisée chronique, anatomiquement, à l'atrophie générale du cerveau. Dans les observations 4 et 5 (sarcome de la région du quatrième ventricule, tumeur des tubercules quadrijumeaux et du cervelet), le trou de Magendie, la région des nerfs craniens du quatrieme ventricule, l'acqueduc de Sylvius, étaient comprimés.

Enfin le troisième cas a trait à l'hydrocéphalie interne idiopathique. L'affection a débuté soudain. La malade, une femme de soixante ans, tombe tout à coup dans la rue, le 19 juin 1901 ; il s'ensuit une perte de connaissance courte. On la transporte à l'hôpital où on diagnostique une paralysie générale. A l'asile on constate une faiblesse musculaire généralisée, des troubles du langage, de la confusion mentale ; on diagnostique une démence organique. Elle demeure presque constamment au lit sans faire grand mouvement, et meurt dans le coma le 12 septembre. L'*autopsie* révèle que les vaisseaux méningés sont gorgés de sang, les

granulations de Pacchioni très accusées. La pie-mère épaissie et trouble s'enlève très aisément. Circonvolutions grosses. Les ventricules, fortement dilatés, sont pleins d'une grande quantité de liquide séreux.

En sommc, la plus grande dilatation des ventricules appartient aux cas à tumeurs; vive aussi, celle de l'hydrocéphalie interne idiopathique. Moindre est-elle dans les exemples d'atrophie du cerveau. L'examen, dans tous ces types, du corps calleux, des parois des ventricules latéraux, l'étude des altérations de l'épendyme, des cellules épithéliales, de la substance grise sous-épendymaire, des vaisseaux, et de la dégénérescence du corps calleux, fort détaillés dans ce mémoire, se traduisent par les conclusions qui suivent.

Il y a lieu d'admettre une hydrocéphalie interne inflammatoire. Les différences marquées entre l'observation 3 d'hydrocéphalie interne idiopathique (?) et les autres cas sont topiques. On y voit la prolifération des cellules épithéliales, l'hyperplasie de la névroglie et de la couche sous-épithéliale, la dilatation des vaisseaux, l'infiltration du tissu par de petites cellules, les traces d'un exsudat. Les autres cas ne présentaient pas toute la complexité de ce tableau. Il existe une analogie entre la compression mécanique de la moelle et l'hydrocéphalie interne, car dans celle-ci la substance blanche (corps calleux) est affectée; or, dans la compression de la moelle, c'est elle qui est surtout altérée. Quant à l'origine et au substratum anatomique de l'hydrocéphalie interne, il est impossible de n'alléguer que l'anémie qui, dans la théorie de Bergmann, émane de la compression des vaisseaux: on se trouve en présence d'une *lésion* du tissu même du cerveau et, *par-dessus tout, du corps calleux.*

La dégénérescence du corps calleux est-elle capable d'expliquer les manifestations cliniques qui accompagnent l'hydrocéphalie interne? Les phénomènes cliniques de cette dernière sont très complexes et polymorphes : parfois elle passe inaperçue (Quinke); elle peut se borner à des symptômes de neurasthénie cérébrale (Quinke), elle peut aussi simuler la paralysie générale (Bresler, Burr et Carthy). Les lésions du corps calleux sont aussi indécises au point de vue symptomatique. Sur 17 tumeurs de cet organe, 2 seulement ont été diagnostiquées pendant la vie (Bristonie et Giese) : on a dû se contenter du diagnostic de tumeur du cerveau. Sur 20 cas de lésions du corps calleux (surtout des tumeurs), 4 ne se sont traduits par aucun symptôme (Kaufmann, Erb, Berkley, Leichtenstern) et il n'a pas manqué de cas dans lesquels au lieu d'une tumeur on avait diagnostiqué une paralysie générale (Bruns). Quant aux physiologistes leurs expérimentations sont, ou négatives, ou contradictoires. L'étude anatomoclinique du corps calleux a, du reste, le bilan suivant : sur 20 cas où le corps calleux

fut trouvé lésé, un seul, celui de Zingerle, témoigne d'une altération isolée du corps calleux ; dans tous les autres, la destruction de celui-ci s'accompagne de lésion d'une portion plus ou moins moins étendue de l'hémisphère, et même dans le cas de Zingerle il y a compression de la couche optique. Un symptôme seul, relevé par la majorité des auteurs, est presque indubitablement lié à la lésion du corps calleux, c'est la diminution de l'intelligence. Rapprochons donc ce fait de la dégénérescence du corps calleux dans l'hydrocéphalie interne, et de la destruction des cellules de l'écorce cérébrale qui va de pair avec celle des fibres du corps calleux (Forel). On peut adopter en conséquence l'opinion de Bruns : « *l'obtusion intellectuelle est le symptôme mental spécifique... et la résultante de la compression générale du cerveau et, en particulier, de l'hydrocéphalie interne.* » P. KERAVAL.

XII. Calcification du Péricarde; par Francis O. SIMPSON. (*The Journal of Mental science*, juillet 1902).

C'est une affection rare : l'observation et l'autopsie suggèrent à l'auteur les réflexions suivantes, qui en sont en quelque sorte le résumé : 1° La lésion était très étendue, et, autant qu'on a pu s'en assurer, elle n'était consécutive à aucune maladie sérieuse ayant été remarquée par la famille, et elle était survenue sans que, à aucun moment, le malade ait dû interrompre ses occupations de jardinier. L'état pathologique était très ancien et n'avait certainement pas pu prendre naissance pendant les seize mois que le malade a passés à l'asile. 2° Pendant la dernière période de la vie, il y a eu des vomissements qui paraissent se rattacher à une tumeur de l'aine gauche, ayant simulé à certains égards une hernie épiploïque, et qui paraît avoir été un engorgement ganglionnaire. L'idée d'une exploration sous le chloroforme fut examinée et repoussée, heureusement, en raison des troubles cardiaques. 3° Il est très difficile chez les aliénés atteints de maladies du cœur de préciser les cas favorables à une intervention chirurgicale, car les signes physiques sont souvent très obscurcis et les renseignements erronés ou peu dignes de foi. Dans le cas actuel, il est à peu près certain que l'anesthésie aurait entraîné la mort.

R. de MUSGRAVE-CLAY.

XIII. Note sur les lobes préfrontaux et la localisation des fonctions mentales; par P. W. MAC-DONALD. (*The Journal of Mental science*, janvier 1902).

Le malade dont l'observation sert de base à cette note avait séjourné à l'asile de Dorchester pendant plus de 25 ans et avait, au moment de sa mort, près de 60 ans. C'était un imbécile congénital, dont la tête était de forme à peu près normale, le corps et

les membres courts : il était atteint depuis sa naissance de paraplégie spasmodique primitive ; il ne savait ni lire ni écrire, mais il marmottait quelques mots, et jusqu'à un certain point, paraissait savoir ce qui se passait autour de lui, et arrivait, moitié par ses marmottements, moitié par signes, à se faire comprendre ; il succomba à une affection pulmonaire chronique. Le professeur Reid, d'Aberdeen, qui a examiné le cerveau le décrit ainsi : « On » remarque sur ce ce cerveau l'absence de scissure longitudinale » supérieure à la région frontale et à la partie antérieure de la » région pariétale, en sorte que les lobes des deux côtés opposés » se continuent l'un avec l'autre, leurs circonvolutions se réunissant sans interruption. Il existe aussi une insuffisance marquée » de développement du corps calleux. »

Ces constatations rendent la pièce anatomique fort intéressante : on se serait attendu à rencontrer dans ce cas des déformations craniennes extérieures qui faisaient défaut. La pièce devant probablement servir de base à une note d'anatomie pathologique, l'auteur n'insiste pas, et se borne à poser la question — suggérée par cet état cérébral, et par l'état mental du malade — de savoir s'il y a un rapport, et quel est le rapport, entre les facultés intellectuelles et l'arrêt de développement des lobes préfrontaux.

Il y a actuellement deux théories en présence relativement à la localisation de la mentalité, ou, en termes plus concrets, des facultés intellectuelles. La première place le siège de ces facultés dans les lobes préfontaux, la seconde le place dans les lobes occipitaux. Désirant s'appuyer sur des faits plutôt que sur des opinions, l'auteur a relevé les autopsies d'idiots et d'imbéciles qui ont été faites à l'asile de Dorchester de 1883 à 1901 et il a trouvé les chiffres suivants : sur quarante autopsies, il a trouvé 25 fois un cerveau de dimensions moyennes, sans arrêt marqué de développement, mais avec de grandes irrégularités dans les circonvolutions ; — 12 fois des irrégularités très accentuées et accompagnées d'arrêt de développement dans les lobes préfrontaux ; — 2 fois des lobes occipitaux petits et arrêtés dans leur développement ; — enfin dans un cas il y avait des irrégularités et un défaut de développement à la fois dans les lobes préfrontaux et dans les lobes occipitaux. Ces faits viennent donc à l'appui de la théorie qui localise les fonctions intellectuelles dans les lobes antérieurs, mais ce qu'ils démontrent plus clairement encore c'est que la localisation rigoureuse de ces facultés est loin d'être aussi précise que le soutiennent l'une ou l'autre des deux écoles.

R. de Musgrave-Clay.

XIV. **Localisation cérébrale et fonctionnement du cerveau** ; par L. Harrison-Mettler. (*The New-York medical Journal*, 7 juin, 21 juin et 28 juin 1902).

L'auteur a résumé lui-même son intéressant travail dans les conclusions suivantes :

1° Les aires motrice et sensorielle connues de l'écorce cérébrale ne sont pas nettement différentiables l'une de l'autre, comme l'avaient d'abord supposé Ferrier et ses partisans ;

2° Elles ne sont pas non plus, en tant que foyers séparés, d'une telle nature ni d'une importance relative si faible que l'on puisse considérer l'action du cerveau comme l'action d'un organe unique ainsi que l'ont soutenu Goltz et son école ;

3° Il existe dans l'épaisseur de la couche corticale des centres moteurs et des centres sensoriels, séparés; mais ils sont étroitement entremêlés et présentent les uns avec les autres les plus intimes connexions ;

4° Les aires motrice et sensorielle ont les unes et les autres des foyers d'intensité spéciale, les premiers dans le lobule central, les derniers dans les lobules postéro-pariétaux ;

5° En même temps qu'une communication générale et réciproque entre tous les élément sensoriels et moteurs de l'écorce, il existe une connexion des plus intimes entre les cellules sensorielles et motrices reliées qui président aux régions correspondantes du corps ;

6° La fonction primitive de ces groupes sensitivo-moteurs corticaux de cellules, en tant que groupes accouplés, consiste à déterminer des actions réflexes analogues à celles que déterminent les arcs réflexes sensitivo-moteurs des divers segments de la moelle. Ce fait est démontré par le développement morphologique et embryologique de l'axe cérébro-spinal tout entier, et il explique de la manière la plus satisfaisanfe la majorité des phénomènes sensitivo-moteurs tant dans les expérimentations physiologiques que dans les observations clinico-pathologiques;

7° La mentalité est sous la dépendance des phénomènes sensitivo-moteurs, et il est probable par conséquent qu'elle est une fonction des couches corticales, des ganglions de la base, et du système nerveux tout entier. La mentalisation consciente est probablement une fonction des couches corticales seules. L'importance relative des différentes zones corticales dans la production des phénomènes mentaux n'est pas actuellement déterminée.

8° L'inhibition paraît être la différenciation la plus tardive et la plus élevée dans les fonctions de la substance nerveuse, bien que, considérée en elle-même, elle ne soit qu'une fonction plus ou moins latente de toute la substance nerveuse, dont le degré d'activité varie simplement suivant la période de développement nerveux ;

9° L'inhibition est probablement la fonction spéciale du cerveau antérieur, et pas [illegible] à cette partie du système nerveux une sorte de commandement sur le reste de l'appareil ner-

veux. On a donc raison de dire du cerveau antérieur qu'il est surtout un centre psychique, bien que, si l'on va au fond des choses, on constate que ses fonctions réflexes et ses fonctions d'inhibition différent plutôt par leur degré que par leur nature propre des fonctions réflexes et des fonctions d'inhibition des ganglions qui siègent en des régions beaucoup plus basses de l'axe cérébro-spinal;

10° L'action inhibitive du cerveau antérieur apparaît dans la sphère de la conscience et constitue ainsi la base de la volition. Elle est supérieure dans sa force et dans ses manifestations, mais elle n'exclut pas l'exercice de cette même fonction, à un degré inférieur, par des régions plus basses du système nerveux sur des régions situées encore plus bas qu'elles;

11° Les fonctions sensitivo-motrices de l'écorce cérébrale sont de nature psychique, mais elles agissent sur les parties extérieures du corps par l'intermédiaire de la moelle et des ganglions spéciaux, absolument de la même manière que le plus élevé de tous les centres psychiques, — le cerveau antérieur et d'autres territoires associés encore indéterminés à l'heure actuelle — agit sur le corps par l'intermédiaire de l'écorce sensitivo-motrice, des ganglions spéciaux et de la moelle;

12° Finalement, l'inhibition et l'action réflexe étant la propriété spéciale de toute substance nerveuse se rencontrent à des degrés divers du haut en bas de l'échelle nerveuse, depuis la substance à organisation élevée de l'écorce, qui paraît à cause de cela être le siège de la mentalité, jusqu'aux ganglions les plus primitifs de la moelle, qui ne conservent que le degré le plus faible ou la forme la plus élémentaire d'irritabilité réflexe.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XV. **Un cas de tumeur cérébrale**, par le Dr CUYLITZ. (*Bull. de la Soc. de Belgique*), 1903, n° 108.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, se plaignant souvent de migraines qui était atteinte, mais seulement d'une façon intermittente, d'hémiplégie droite avec aphasie, obnubilation des facultés, etc., et à l'autopsie de laquelle on trouva au niveau de l'hémisphère cérébral gauche dans la région rolandique, une volumineuse tumeur charnue très vascularisée, et indépendante du cerveau. L'examen histologique de cette tumeur n'a pas été pratiqué.

G. D

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. **Abcès traumatique du lobe occipital droit avec symptômes cérébelleux — Abcès cérébelleux d'origine otique à symptomatologie fruste**; par MM. S. L. Reverdin et Vallette. (*Rev. médicale de la Suisse romande*, avril 1902.

Le titre de ce travail en indique nettement l'intérêt. Il s'agit de deux cas d'abcès encephalique dont l'un siégeait dans le lobe occipital droit bien qu'il fût accompagné de symptômes cérébelleux et dont l'autre au contraire était situé dans le cervelet malgré l'absence de ces mêmes symptômes. La ponction lombaire fut pratitiquée deux fois sans inconvénient chez le premier malade dont l'abcès avait eu pour point de départ une plaie infectée de la région occipitale.

Chez le second malade c'est à une otite moyenne et à une mastoïdite suppurée opérée antérieurement qu'il faut attribuer la cause de l'abcès du cervelet. A l'autopsie ou n'a pas pu trouver la voie de propagation de la suppuration la face postérieure du rocher et la dure-mère étaient saines, de la mastoïde au cervelet on est donc obligé d'admettre que la propagation ne s'est pas faite de proche en proche, mais que les germes infectueux ont été transportés du foyer mastoïdien au cervelet, probablement par les voies lymphatiques ou peut-être à la faveur d'une thrombose veineuse. — La voie mastoïdenne peut donc au point de vue chirurgical se trouver en défaut et ne pas conduire toujours sur la collection encéphalique. Si donc après une recherche infructueuse par cette voie, les accidents persistants ne témoignent de l'existence de cette collection on devra ouvrir le crâne indépendamment de la brèche mastoïdienne; malheureusement les signes de de localisation sont trop souvent absents ou insuffisants.

Dans ce cas les signes qui pouvaient mettre sur la voie du diagnostic étaient le nystagmus caractéristique des lésions du cervelet, puis la douleur occipitale et les signes de compression bulbo protubérentielle causée par l'abcès.

Chez le premier malade, c'est la constatation de troubles altoniques, des vertiges, du strabisme qui a fait supposer que l'abcès se trouvait dans le cervelet tandis qu'il siégeait au pôle occipital au voisinage de la plaie osseuse constaté. Le seul symptôme qui eût permis de localiser l'abcès dans le lobe occipital, l'hémianopsie faisait défaut ou du moins les réponses évasives du malade n'ont n'ont pas permis de la constater. G. Deny.

II. **A propos du goître exophtalmique. — Le centre bulbaire. — Traitement par le thymus**; par le Dr Bienfait (de Liège) (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 21).

Pour expliqner le rôle du grand sympathique et des nerfs vagues dans la pathogénie de la maladie de Basedow l'auteur admet l'existence d'une lésion portant à la fois sur ces deux nerfs dans la moelle allongée. D'après les expériences relatées dans cette note cette lésion serait située au niveau du bord externe du 4e ventricule au voisinage des corps restiformes. Cette région dont la blessure donne lieu à la plupart des symptômes basedowiens peut donc être considérée comme le centre bulbaire du goître exophtalmique. Suit ensuite l'observation d'une malade atteinte de cette affection qui a pris pendant deux mois plusieurs pilules par jour de thymus de veau frais et cru et qui a été très améliorée par ce traitement. G. Deny.

III. **Syndrome occipito-cérébelleux**; par L. Marchand (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 21).

La cephalalgie, les vomissements, les vertiges, la titubation, forment les symptômes fondamentaux des tumeurs cérébelleuses. Parmi les autres symptômes que l'on rencontre ordinairement, il convient de mettre en première ligne les troubles visuels dus, soit à l'hypérémie, soit à l'œdème de la pupille, soit encore à une neuro-rétinite.

Dans l'observation qui fait l'objet de ce travail les troubles visuels concomitants des symptômes cérébelleux étaient dus à une compression des lobes occipitaux en même temps que du cervelet par une gomme que l'auteur a cru pouvoir localiser sur la tente du cervelet.

Le traitement spécifique énergique que subit la malade a eu pour conséquence une résolution rapide des lésions. Il consista en l'injection intra-musculaire de 10 centigrammes de biodure de mercure et de 4 grammes d'iodure de potassium dissous dans 2 centimètres cubes d'eau. Cette injection fut renouvelée tous les deux jours pendant un mois sans aucun accident.

Il faut noter que les accès d'épilepsie que présentait la malade survécurent à la disparition des autres troubles organiques ce qui semble prouver qu'ils n'étaient pas d'origine syphilitique bien que l'apparition du premier accès quelque temps après le début de l'infection semble plaider en faveur de cette étiologie. G. D.

IV. **Deux cas de maladie nerveuse familiale intermédiaire entre l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la maladie de Friedreich**; par les Drs Lenoble et Aubineau.

Il s'agit de deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse d'une forme particulière caractérisée :

1° Par le début précoce de signes oculaires dans l'enfance et leur évolution progressivement croissante ;

2° Par l'apparition relativement tardive des autres phénomènes nerveux ;

3° Par la tendance à revêtir un certain nombre de caractères de la maladie de Friedreich.

On constate, en effet, chez les frères G.... des signes se rattachant nettement à l'hérédo-ataxie cérébelleuse (manifestations du fond de l'œil, tremblement de la langue, tremblement des mains, exagération légère des réflexes rotuliens, incertitude motrice dans l'obscurité) ; des signes de la maladie de Friedreich (conservation de l'intelligence, migraines, réflexes abolis d'un côté chez un malade) ; et des signes communs à ces deux types cliniques (nystagmus, déviation vertébrale, absence de troubles de sensibilité, intégrité du goût, de l'ouïe, de l'odorat). (*Revue neurologique*, avril 1901). E. Blin.

V. **L'aphasie hystérique**; par M. G. Guillain.

L'histoire de l'aphasie hystérique prouve que son existence est incontestable et que la grande névrose est susceptible de créer une des formes quelconques de l'aphasie motrice ou de l'aphasie sensorielle.

L'auteur rapporte une intéressante observation où le diagnostic se pose entre une hémiplégie organique avec aphasie et une hémiplégie avec aphasie de nature hystérique : de par le mode de début de l'affection, de par sa marche, de par l'apparence symptomatique observée, l'hémiplégie droite ancienne et l'aphasie dont est atteint le malade en question, doivent être considérées comme de nature purement hystérique. Un fait à noter, c'est qu'il est impossible de fixer actuellement les caractères de l'aphasie hystérique. Ce sont les bizarreries dans l'aspect de l'affection, dans son évolution, l'état mental particulier des malades qui permettront d'éliminer l'idée de lésion organique (*Revue neurologique*, avril 1901). E. B.

VI. **Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou**; par les Drs Meige et Feindel.

Au début, et à propos d'une cause banale, généralement afin d'atténuer une gêne ou d'éviter une douleur, d'autres fois pour éprouver une sensation nouvelle qui semble agréable à tort où à raison, le futur tiqueur veut faire un mouvement et le fait en effet, avec raison, avec logique. Il le répète judicieusement peut-être ; mais peu à peu, se laissant entraîner, il le répète encore, plus

qu'il ne serait raisonnable, sans se lasser. Ainsi se crée et se dresse une habitude qui bientôt devient impérieuse, irrésistible ; voilà le tic constitué.

Lorsqu'on a découvert la cause du mouvement initial qui peu à peu est devenu un tic, les procédés de correction à employer contre ce dernier se déduisent logiquement de son étiologie même ; le traitement semble alors d'une application plus facile ; ses effets sont plus rapides.

Il n'est donc pas sans intérêt d'entrer, comme l'ont fait les auteurs, dans quelques détails sur les causes provocatrices des tics ; leur connaissance peut éclairer la pathogénie de ces accidents convulsifs et faciliter leur guérison.

Il demeure entendu que les causes occasionnelles sont insuffisantes à elles seules pour créer les tics. Une prédisposition héréditaire est indispensable pour opérer la transformation d'un geste volontaire en un mouvement automatique irrésistible. Une instabilité, une débilité congénitales de la volonté sont des facteurs étiologiques qui ne peuvent jamais faire défaut chez les tiqueurs. Sans eux le tic, maladie psychique par excellence, ne saurait exister. (*Revue neurologique*, avril 1901). E. B.

VII. **Sur une forme de myopathie progressive primitive avec ptosis bilatéral et participation des muscles masticateurs** ; par M. le Dr P. Marie.

La division de la myopathie progressive en trois formes, d'après la localisation de l'affaiblissement musculaire, est actuellement classique.

Lorsque l'affaiblissement débute et se localise dans les membres inférieurs, la forme est dite de Leyden Möbius ; quand il occupe surtout les muscles de la ceinture scapulaire et de la ceinture pelvienne, on a affaire à la forme juvénile de Erb ; enfin, si les muscles des lèvres et l'orbiculaire des paupières sont affectés, on se trouve en présence de la forme facio-scapulo-humérale de Landouzy et Déjerine. Il semble cependant qu'à côté de ces formes fondamentales il y ait lieu de faire une place à part à des cas très rares qui, par suite de particularités assez importantes, ne sauraient être classées dans aucune des formes précitées.

Dans l'observation qui fait l'objet du présent travail, à un ensemble de symptômes bien nettement myopathiques se sont joints des phénomènes de ptosis bilatéral et d'affaiblissement des muscles masticateurs qui n'appartiennent nullement à la forme facio-scapulo-humérale de la myopathie. C'est ainsi que l'occlusion des paupières est à la vérité affaiblie, mais elle peut cependant s'exécuter d'une façon complète et il existe au contraire un ptosis double très accentué, très différent de ces « yeux grands ouverts »

dont il est question dans la description du type facio-scapulo-huméral. De plus, les lèvres ne sont pas très grosses, il n'existe ni « lèvre de tapir », ni « rire en travers », l'action des zygomatiques est bien conservée.

En revanche, il existe un affaiblissement très prononcé, on pourrait presque dire une disparition des mouvements de mastication, qui n'appartient nullement à la forme facio-scapulo-humérale. (*Revue neurologique*. Mai 1901). E. B.

VIII. Contribution à l'anatomie pathologique de la chorée héréditaire ; par les Drs Lannois, Paviot et Mouisset.

La chorée héréditaire ou de Huntington est aujourd'hui bien connue en ce qui concerne son étiologie et sa symptomatologie, mais les données fournies par les observateurs ne sont pas interprétées par eux de manière univoque. C'est ainsi qu'on retrouve toujours une infiltration interstitielle et péricellulaire de petites cellules rondes, à gros noyau, à protoplasma souvent imperceptible, dans tout le cortex.

Deux hypothèses sont en présence sur la nature de ces petites cellules rondes ou grains. Pour les uns, ce sont des leucocytes et la lésion de la chorée héréditaire est une inflammation circonscrite corticale et sous-corticale ou une encéphalite interstitielle chronique diffuse. Pour les autres, c'est une lésion d'origine névroglique.

Dans un cas rapporté tout au long par les auteurs, la lésion dominante était l'infiltration de grains fortement colorés en bleu par la méthode de Nissl dans l'écorce et la substance blanche de la circonvolution, la couche moléculaire du manteau gris étant respectée.

C'est bien là la lésion la plus évidente et la plus constante de la chorée progressive héréditaire, celle que les observateurs les plus récents s'accordent à regarder comme le substratum organique de la maladie. On peut discuter sur sa signification, croire avec les uns qu'il s'agit là d'éléments trahissant une évolution anormale de la névroglie, ou bien admettre avec les autres une encéphalite miliaire ou diffuse : il n'en reste pas moins acquis que cette lésion existe et qu'elle est très facile à mettre en évidence. Et c'est elle qui rend le mieux compte de l'évolution des symptômes dans la chorée héréditaire. (*Revue neurologique*, mai 1901). E. B.

IX. Névrômes intra-médullaires dans deux cas de syringomyélie avec mains succulentes ; par le Dr Bischofswerder.

L'auteur en étudiant des coupes de moelle dans deux cas de syringomyélie, y a rencontré des névrômes dont il donne une description topographique et anatomique.

Or dans les deux cas il s'agissait de syringomyélie, avec mains succulentes : il est donc légitime de se demander, autant que permet de le faire l'étude de deux cas seulement, si la syringomyélie avec mains succulentes ne présente pas quelque chose de particulier et si le renflement cervico-dorsal névromateux avec les nerfs pathologiques du plexus brachial, ne constitue pas un syndrôme spécial à cette forme de syringomyélie (*Revue neurologique*. Février 1901). E. B.

X. Des mouvements athétosiques dans le tabes dorsalis; par le Dr Boinet.

Certains ataxiques peuvent présenter, même au repos, des mouvements spontanés, involontaires, arythmiques, qui offrent tantôt le type choréiforme, tantôt l'aspect athétosique. Ces mouvements athétoïdes de l'ataxie sont moins violents, plus affaiblis, plus localisés aux extrémités que les mouvements de l'athétose double. Ils débutent accidentellement et ne se manifestent avec une certaine intensité qu'à la période confirmée de l'ataxie.

Leur intensité et leur amplitude augmentent pendant les actes volontaires et l'occlusion des yeux, ou à l'occasion d'efforts et diminuent, au contraire, sous l'influence de la volonté, de la distraction, du contrôle de la vue. Le sommeil calme suspend ces mouvements athétoïdes qui existent même au repos. Ils sont peu prononcés au début du tabes; mais on peut les mettre en évidence en ordonnant au tabétique de tenir la main en l'air, sans la raidir, et de fermer les yeux.

Les observations de tabes avec mouvements athétosiques intenses sont encore assez rares pour justifier la publication des quelques nouveaux cas présentés par l'auteur. De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer la pathogénie des mouvements athétosiques dans le tabes. Elles ne constituent, pour la plupart, que des hypothèses plus ou moins ingénieuses qui ne s'appuient sur aucune autopsie (*Revue neurologique*, juin 1901). E. B.

XI. Contribution à l'étude des causes de la paraplégie dans le mal de Pott; par les Drs Long et Machard.

Quelles sont les causes exactes de la paraplégie au cours de la carie tuberculeuse du rachis ? Dans presque tous les travaux publiés récemment se retrouve une grande complexité des altérations histologiques de la moelle dans la paraplégie. En dernière analyse, on arrive aux conclusions suivantes : 1° Il est possible, mais très rare, qu'un fragment de vertèbre vienne comprimer la moelle; 2° Il est rare également que la tuberculose atteigne la moelle (tubercules disséminés ou tubercule solitaire) ; 3° Dans la règle, ce sont les fongosités interposées entre le rachis et la dure-mère qui

constituent la cause première de la compression ; 4° Le mécanisme par lequel surviennent des troubles fonctionnels ou des lésions histologiques de la moelle est des plus complexe, car il est vraisemblable que, dans la majorité des cas, des troubles vasculaires (ischémie, stase sanguine, œdème) se superposent dans des proportions variables aux effets de la compression directe.

Les trois observations rapportées par les auteurs viennent à l'appui des principaux travaux publiés sur les paraplégies du mal de Pott et confirment une conclusion déjà énoncée par d'autres : au point de vue clinique, ces paraplégies présentent peu de variations individuelles ; mais leur anatomie pathologique et, ce qui est important dans l'espèce, leur pronostic sont des plus variables (*Revue neurologique*, avril 1901). E. B.

XI. **Amnésie, avec une observation**; par S. D. Hopkins. (*The New-York Medical Journal*, 30 août 1902).

Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui au cours d'une période de six mois d'excès alcooliques constata une diminution considérable de sa mémoire surtout à l'égard des événements récents, parmi lesquels il se souvient pourtant des principaux. A une date déterminée dont il se souvient, il était à New-York : plus tard il se réveille à Denver (Colorado) sans savoir comment il y est venu, et sans avoir gardé aucun souvenir des faits appartenant à la période intercalaire, qui avait duré six semaines, 16 août au 21 septembre. Pendant le mois de juillet l'amnésie avait été partielle, mais durant ces quarant-cinq jours elle avait été totale. L'auteur termine par quelques considérations sur l'amnésie en général, et conclut que chez le malade qui fait le sujet de l'observation, la perte de la mémoire est nettement sous la dépendance des excès alcooliques.

R. de Musgrave-Clay.

XII. **Un cas d'atrophie musculaire progressive et un cas de paralysie pseudo-hypertrophique chez de jeunes enfants**; par M. Neustaedter. (*The New-York medical Journal*, 5 juillet 1902).

Obs. I. — *Atrophie musculaire progressive juvénile, (forme d'Erb)*. — Fillette de six ans, d'origine russe : pas d'antécédents héréditaires : à treize mois, la mère remarque qu'elle ne peut se servir du bras droit, et à dix-huit mois qu'elle ne peut marcher droit : toutefois, aucune différence de circonférence entre les deux extrémités : à deux ans, rougeole et coqueluche dont elle guérit bien.

A l'examen, on trouve les muscles de la partie supérieure du bras droit et de l'omoplate manifestement atrophiés ; l'enfant ne peut pas élever le bras.

Saillie accusée de l'omoplate droite par paralysie du grand dentelé : deltoïde gauche nettement atteint. Pupille droite un peu plus large que la gauche.

Muscles de l'extrémité inférieure gauche notablement atrophiés, surtout ceux du pied. Démarche chancelante ; l'enfant ne peut se porter sur la jambe malade.

Réflexe du genou absent à gauche, légèrement exagéré à droite. Lordose accentuée et ventre très proéminent. Tous les muscles atteints répondent au courant faradique : la réaction de dégénérescence fait totalement défaut.

Obs. II. — Pseudo-hypertrophie musculaire (*Lipomatosis luxurians muscularis progressiva* de Heller). — Garçon de huit ans, d'origine autrichienne, antécédents héréditaires négatifs. Chute sur la tête ayant laissé une cicatrice frontale : puis faiblesse, marche difficile, à cinq ans, augmentation de volume du mollet, impossibilité de monter un escalier ; l'enfant est faible d'esprit. — A l'examen, démarche chancelante, ventre saillant, lordose lombaire accentuée, lenteur et difficulté à lever les jambes, chute des orteils par parésie des extenseurs dorsaux. Mollets volumineux et durs. Plusieurs muscles (cuisses, bras, omoplate droite) sont hypertrophiés et ont perdu toute excitabilité électrique. Absence des réflexes du genou. R. de Musgrave-Clay.

XIII. **Tétanos** ; par Kenneth, E. Kellogg (*The New-York medical Journal*, 12 juillet 1902).

Plaidoyer en faveur de l'acide phénique contre l'antitoxine : l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Les chiffres nous montrent autant de guérisons par les agents pharmaceutiques que par l'antitoxine ;

2° L'emploi du phénol n'empêche par l'administration de l'antitoxine ;

3° Il n'y a aucun moyen précis de mesurer l'antitoxine tétanique ;

4° L'antitoxine du tétanos n'est pas détruite par la solution d'acide phénique ;

5° L'antitoxine n'étant pas un produit stable, nous ne sommes pas autorisés à saturer continuellement l'organisme (ce qui paraît nécessaire) avec un agent sur lequel nous savons relativement peu de chose. Nous sommes, au contraire, très renseignés sur l'acide phénique, et nous possédons des moyens précis et sûrs de constater son action et de déterminer les limites dans lesquelles il convient de l'employer ;

6° Les expérimentateurs n'ont pas toujours réussi à sauver des animaux infectés, même en ayant recours à des doses énormes d'antitoxine ;

7° Il existe des cas qui ont été traités alternativement d'abord par l'antitoxine, ensuite par les préparations phéniquées, et c'est ce dernier traitement qui a donné les résultats les plus satisfaisants ;

8° Trois cas ont été récemment traités à New-York par l'antitoxine, et dans tous les trois la terminaison a été fatale.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 4 juin 1903. — PRÉSIDENCE DE M. P. RICHER

Deux cas d'hémicraniose.

MM. BRISSAUD ET LEREBOULLET, présentent un malade de vingt-quatre ans, chez lequel depuis l'enfance on constate l'existence d'une hémi-hypertrophie cranienne portant sur la région fronto-pariétale gauche et la région sus-orbitaire du même côté. Depuis quatre ans ce malade a eu une dizaine de crises comitiales sans symptômes associés. Or MM. Brissaud et Lereboullet ont observé une autre malade présentant une hémi-hypertrophie cranienne droite absolument superposable à celle du premier sujet. Cette malade a succombé en présentant des signes nets de tumeur cérébrale (céphalée, vomissements, cécité), etc.

A l'autopsie en même temps que l'hypertrophie osseuse fronto-pariétale droite, on trouva une série de tumeurs duremériennes, dont une plus volumineuse naissant dans la fosse temporale ; les autres naissant principalement à la face interne de la dure-mère, dans la région même de l'hypertrophie cranienne. Toutes avaient les caractères hystologiques du sarcome angiolithique. On peut se demander si les crises convulsives du premier malade ne sont pas symptomatiques de productions analogues encore peu développés. Enfin il y a lieu de rapprocher ces deux faits d'hémicraniose de l'hémiatrophie faciale de Romberg, car ils représentent un processus de même ordre, mais inverse, dont sans doute, on retrouvera d'autres observations similaires.

Un cas de tabes ayant débuté cinquante ans après l'infection.

MM. DÉJERINE, CHIRAY ET CORNÉLIUS. Il s'agit d'un malade, âgé de soixante-sept ans, qui contracta la syphilis à seize ans. Depuis

deux ans, douleurs constrictives et fulgurantes dans les membres inférieurs. Actuellement, en plus des douleurs qui persistent, on constate une ulcération de la face inférieure du gros orteil gauche. Pas de troubles radiculaires de la sensibilité. Incoordination légère. Abolition des réflexes tendineux. Signe d'Argyll-Robertson. C'est donc un tabes à incubation extrêmement prolongée (cinquante ans) ; le fait n'a pas encore été signalé, les plus longues ne comprenant que trente années.

M. Raymond, a vu un officier ayant contracté la syphilis en Crimée lors de la campagne et dont le tabes a débuté quarante-cinq ans après.

M. Babinski, a vu un cas de tabes débuter en 1896 pour une syphilis prise en 1858, soit trente-huit ans après.

Maladie de Little sans lésions cérébrales.

M. Déjerine, a pratiqué dans sa carrière trois autopsies de sujets atteints du syndrome de Little. Un de ces sujets présentait les lésions cérébrales classiques. Un autre avait un encéphale complètement indemne et des lésions médullaires cervicales. Le dernier qui fait l'objet de la présente communication était un homme de soixante-cinq ans, fort intelligent atteint depuis sa naissance de rigidité spasmodique des quatre membres. La congénitalité du syndrome ne faisait pas de doute. Dans la famille on attribuait l'infirmité du malade à la rencontre faite par sa mère, enceinte de lui, d'un enfant raidi et paralysé des quatre membres. L'intelligence était intacte, il n'y avait aucun trouble moteur de la face, pas d'épilepsie, pas de troubles de la parole, rien du côté des sphincters, sensibilité normale. A l'autopsie, cerveau absolument intact; mais à la moelle double lésion avec altérations vasculaires intenses dans le troisième segment cervical, et avec agénésie du faisceau pyramidal pouvant être suivie jusque dans la région lombaire. Il y aurait donc des cas de la maladie dite de Little où la double lésion cérébrale ferait défaut. Le diagnostic différentiel (d'intérêt purement scientifique d'ailleurs) se ferait par l'intégrité de l'intelligence et de la face et par l'absence d'attaques épileptiformes Le cas actuel semblerait dû à une artérite syphilitique intra-utérine.

Une discussion s'engage entre MM. Raymond, Brissaud, Marie et Déjerine, concluant à conserver le nom de Little au seul syndrome et cela par simple habitude mais sans laisser à cette dénomination la valeur d'une entité morbide définie dans ses signes et dans ses lésions.

Paralysie associée des globes oculaires pour la latéralité.

MM. Raymond et Cestan, ont recueilli une 3e observation anatomo-clinique de paralysie des mouvements associés de latéralité

des globes oculaires. Dans ces trois cas le syndrome observé a consisté en cette paralysie sans strabisme interne, sans paralysie faciale nucléaire ou tronculaire associée à une hémiplégie alterne sensitive, à des troubles moteurs consistant non dans la perte de la force segmentaire mais en des troubles de la motilité tels qu'incoordination, asynergie, mouvements choreo-athéosique, tremblement intentionnel, dysarthrie spéciale, A l'autopsie on trouva un tubercule solitaire dans la calotte de la partie supérieure de la protubérance épargnant d'une part la voie pyramidale, d'autre part, les noyaux de la 3e et 4e paires. Les auteurs ne croient pas que la 4e paire envoie des fibres directs dans le tissu de la 3e paire, en outre, ils ont observé des altérations très particulières des olives bulbaires, vacuolisation, chromatolyse et vacuolisation des cellules, sclérose et demyélinisation d'une grande partie des fibres surtout de la capsule olivaire.

Pseudo-tabes spondylitique.

M. Babinski, présente deux malades atteints de raideur de la colonne vertébrale avec troubles des mouvements des membres inférieurs abolition des réflexes tendineux et douleurs lancinantes des membres inférieurs. Cette abolition des réflexes tendineux est due évidemment à l'altération des racines due à la compression de ces dernières dans les trous de conjugaison par les lésions de spondylite.

M. Marie, préfère le mot spondylosique au terme spondylitique ou spondylique. M. Babinski accepte d'ailleurs cette rectification.

Maladie de Dercum.

M. Dide, rapporte le cas et montre les photographies d'une femme de soixante ans, chez laquelle l'adipose douloureuse progressive à localisation nettement segmentaire débuta classiquement à la suite d'un traumatisme. Plus tard, apparurent des troubles mentaux sous la forme de catatonie agitée.

Réactions électriques des emboliques.

MM. Babinski et Delerme, ont recherché les réactions électriques dans divers cas d'embolies récentes des membres. La réaction de dégénérescence présente dans ces cas un type particulier que les auteurs comparent à la réaction musculaire *post-mortem*.

Les tics du cheval.

MM. Rudler et Chaumel ont étudié le « tic de l'ours » chez le cheval et l'ont identifié aux tics de l'homme. Les chevaux tiqueurs ont, comme les hommes tiqueurs, des tares physiques (asymétrie, etc.), et des stigmates psychiques de dégénérescence (manies,

peurs, etc.). Ils guérissent par les mêmes procédés que l'homme, isolément, rééducation, surveillance spéciale.

Paralysie générale chez un Arabe.

MM. Scherb et Ben-Tomi (d'Alger) rappellent les communications antérieures où M. Scherb signalait l'extrême rareté de la paralysie générale et du tabes chez les indigènes d'Algérie et rapportent un cas de paralysie générale chez un arabe syphilitique, instruit et civilisé.

Note sur l'état des réflexes tendineux et des réactions électriques dans la maladie de Parkinson.

MM. Huet et Alquier. Chez douze malades, aux différents degrés de la maladie on a examiné l'état des réactions électriques : pas de modifications qualitatives : Lorsque la rigidité prédomine sur certains muscles, ces derniers présentent le plus souvent, mais non toujours, une légère diminution de l'excitabilité faradique et galvanique, avec légère augmentation de la résistance, par comparaison avec les muscles moins malades. Ces modifications ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'on trouve dans certaines hémiplégies avec contractures.

Les réflexes tendineux ont été trouvés, exagérés chez 26 malades (sur 27 examinés), une seule fois seulement, affaiblis. L'exagération est nette à toutes les périodes de la maladie. Toutefois chez certains malades, la percussion des tendons ne détermine pas de projection du membre, ce qui est dû tantôt au degré de la raideur, d'autres fois, à la contraction simultanée de tous les muscles d'un segment de membre. Deux fois on a observé le réflexe paradoxal. Le réflexe cutané plantaire a déterminé la flexion de l'orteil toutes les fois que celui-ci n'était pas complètement immobilisé par la raideur.

MM. Miraillé et Desclaux, envoient une communication sur la *participation des nerfs oculomoteurs dans les hémiplégies organiques des adultes.*

F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 29 *mai* 1903. — Présidence de M. Voisin

Le secret médical au point de vue psychologique.

M. Valentino. — Les modifications profondes apportées dans les idées sociologiques ne permettent plus de maintenir sous sa forme absolue le dogme du secret professionnel. Si la maladie ne

touche que le malade, le secret doit être gardé, c'est bien entendu, mais si elle intéresse toute une famille ou la société tout entière, pourquoi sacrifier la tranquillité de cette dernière à l'égoïste d'un individu ? D'ailleurs, il faut distinguer entre le secret médical et la discrétion médicale; il s'agit d'autoriser le médecin non pas à dévoiler sans motif les infirmités cachées de ses clients, mais à ne pas garder le secret lorsque l'intérêt d'une famille ou de la société l'exigent absolument.

M. Bérillon. — L'abolition du secret professionnel présenterait dans certains cas spéciaux, des avantages indéniables; mais il ne faut pas perdre de vue les nombreux inconvénients qui en résulteraient. En fait, dit-on, la loi a déjà, dans une certaine mesure, entamé le secret médical, en prescrivant la déclaration de certaines maladies contagieuses; il n'est pas sûr que la loi ait eu raison de le faire.

M. Hachet Souplet. — Les carnets médicaux qui tendent de plus en plus à se généraliser dans les familles pourraient, sans que le médecin manquât au secrer professionnel, éclairer ceux qu'il importe socialement de renseigner.

M. Jules Voisin. — Au double point de vue scientifique et social, ces carnets sont fort importants; mais ce n'est pas au médecin, c'est à la famille de les produire si elle le juge à propos. Le médecin, lui, ne doit rien dire, il doit garder le secret.

M. de Coynard. — Vouloir inscrire sur le dit carnet les tares familiales, c'est exercer sur les descendants une suggestion néfaste. Le fils d'un fou, par exemple, pourra être obsédé par la crainte perpétuelle d'un accès imminent d'aliénation.

M. Demonchy. — Dans la pratique courante, l'obligation du secret médical permet de se débarrasser des parents, des amis, des commères, des concierges, qui assaillent le médecin de questions indiscrètes au sujet du malade qu'il vient de visiter.

M. Paul Magnin. — Affranchis du secret professionnel, les médecins donneraient des conseils d'après leurs préférences et leur tournure d'esprit; ils jugeraient en tant qu'hommes et non plus en tant que savants; il en résulterait pour le public des vues contradictoires. Ainsi, tel de nos collègues autorise le mariage de ses syphilitiques après un certain nombre d'années de traitement, tandis que moi, par exemple, je l'interdis formellement.

M. Félix Regnault, — On attache trop d'importance au dogme de l'hérédité des maladies, lequel est en train de faire faillite. Si le mariage était interdit toutes les fois qu'il y a une tare quelconque dans la famille, y aurait-il un seul mariage possible, car quelle est la famille qui, de près ou de loin, ne comporte pas une tare quelconque ? Qui par exemple pourrait se flatter que, dans la série de ses ascendants, en remontant jusqu'au XVIe siècle, il n'y a pas eu un seul syphilitique.

M. Cazaux (d'Eaux-Bonnes). — Je ne crois pas qu'il faille ainsi faire bon marché de l'influence héréditaire. On n'hérite pas de la tuberculose au point de vue bactériologique ? Soit, en tout cas l'enfant de parents tuberculeux naît tuberculisable, avec un terrain prédisposé.

La psychologie du somnoformisé

M. Paul Farez. — Le somnoforme (mélange titré de chlorure d'éthyle, de chlorure de méthyle et de bromure d'éthyle) procure une anesthésie qui n'implique pas nécessairement la suspension de toute vie psychique. Le sommeil somnoformique, au contraire, peut, sous certaines conditions, se montrer assez analogue du sommeil naturel; il peut comporter une vie psychique très intense avec hallucinations hypnagogiques et représentations oniriques; en outre, il se prête à l'évocation du subconscient, en particulier chez les malades qui ont des idées fixes, des phobies, des obsessions. Le somnoformisé n'est point fermé au monde extérieur; il est impressionné par la mise en jeu des diverses sensibilités; il est accessible à la suggestion vocale. La somnoformisation brise les résistances conscientes ou inconscientes chez les sujets peu ou pas du tout hypnotisables; elle les rend aptes à être suggestionnés. Suivant les doses employées, on peut obtenir avec le somnoforme trois états psychologiques nettement tranchés : 1° L'hypernarcose, avec *inconscience* relative; 2° La narcose proprement dite, avec *subconscience* et quelques caractères qui permettent de la rapprocher des états seconds ou des états d'automatisme; 3° L'hyponarcose ou narcose subliminale avec *conscience*, hyperacuité auditive, hyperréceptivité centrale, exaltation de l'émotivité et de la suggestionnabilité. Suivant les sujets et suivant leur cas pathologique, c'est l'une ou l'autre de ces trois formes qui assure l'efficacité de la suggestion thérapeutique.

Obsession oculaire.

M. Bérillon. — Un homme, fort intelligent, qui exerce une profession libérale, s'aperçoit un beau matin, que sans raison appréciable, il louche de l'œil droit, Comme il y a, jadis, beaucoup souffert de la vue, il craint de voir persister ce strabisme, cause de fatigue pour ses yeux. Cette crainte devient une obsession ; plus il y pense, plus il louche, tantôt d'un œil, tantôt de l'autre. S'il est absorbé par une occupation, il ne louche plus; mais dès que revient l'idée de loucher, il a beau faire tous ses efforts pour la chasser, elle s'impose à lui et, plus il s'acharne à l'écarter, plus elle revient. Le matin, au réveil, ce n'est qu'à cela qu'il pense. Il craint pour sa vue; s'il était bien convaincu qu'il n'en résulte aucun danger pour ses yeux, il négligerait ce défaut sans importance, lequel ne

tarderait pas à s'effacer, lui semble-t-il. Contrairement aux tics ocdinaires qui se produisent sans qu'on y songe et que l'on peut empêcher en y songeant, se strabisme ne survient que quand notre malade malade y pense, pour disparaitre quand ce dernier est distrait. Au bout de quelques séances d'hypnotisme, notre malade voit son obsession diminuer; il a assez de volonté pour la repousser.

Le traitement de l'alcoolisme par la suggestion hypnotique.

M. Rybakoff (de Moscou). — J'ai traité par l'hypnotisme 58 alcooliques accidentels, 102 alcooliques habituels, 71 dipsomanes, 19 alcooliques à formes mélangées, en tout 250 hommes. Les alcooliques sont plus hypnotisables que beaucoup d'autres malades. Ceux qui ne présentent pas la prédisposition héréditaire guérissent beaucoup plus facilement que ceux qui présentent la dégénérescence psychique. La proportion de mes guérisons est de 45 p. 100.

L'hypnotisme et la psychothérapie en Russie.

M. Orlitzky (de Moscou). Il y a une vingtaine d'années l'hypnotisme thérapeutique était pratiqué en Russie par des magnétiseurs habiles qui formaient une caste à parl et se gardaient bien de divulguer la technique de leur art Tokarsky, élève de Kogewnikoff fonda à Moscou un laboratoire de psychologie et se mit à étudier l'hypnotisme d'une manière scientifique à Saint-Pétersbourg, Bechterew multiplia les applications thérapeutiques de l'hypnotisme. Depuis la mort de Tokarsky, il s'est formé à Moscou. sur l'initiative de Rybakoff une société d'hypnologie analogue à celle de Paris et qui, vieille seulement d'un an, est en pleine prospérité.

La conscience et la conscience de soi.

M. Wijnaendts Francken (de Rotterdam). — La conscience n'est qu'une notion collective, une conception abstraite résultant de la somme des phénomènes conscients; elle varie d'étendue parce qu'elle exprime l'ensemble des fonctions psychiques qui sont en jeu à un moment donné. Il existe non pas une conscience absolue sans contenu, en soi, mais une série d'états conscients. Nous ne connaissons pas la conscience, mais seulement des phénomènes conscients. La conscience est une fonction ou un phénomène concomitant d'un petit nombre de processus dont l'organisme est le théâtre.

Relation de la profession religieuse avec les signes de dégénerescence.

M. Binet-Sanglé continue ses études sur les hiérosyncrotèmes familiaux, il y signale l'influence de l'hérédité manifestée par

certains signes de dégénérescence, en particulier la stérilité et la mort précocé. Il appuie ses affirmations sur l'étude de nombreuses descendances, en particulier celle de Karl II dit le Chauve, Edward dit l'ancien, Hugo dit le Grand et Jules François de Rohan.

M. Félix Regnault. — Parmi ceux qui embrassent l'état religieux, certains le font par simple intérêt, d'autres à la fois par intérêt et par croyance. d'autres enfin parce qu'ils ont une foi passionnée. Ces derniers sont, en effet, des sentimentaux, des exaltés, souvent des névropathes.

CONGRÈS DE MADRID

Avril 1903.

L'aptitude catatonique et l'aptitude echopraxique des tiqueurs. — Les exercices thérapeutiques de détente; par Henry Meige (de Paris).

L'examen d'un grand nombre de malades atteints de tics m'a conduit à faire quelques remarques cliniques, qui offrent un certain intérêt au point de vue de la pathogénie de ces accidents et qui peuvent être en même temps mises à profit pour leur traitement. Une première remarque est qu'un certain nombre de tiqueurs présentent une aptitude particulière à conserver les attitudes que l'on donne à leurs membres ou qu'ils prennent eux-mêmes. Il s'agit en somme d'une sorte de *catatonisme* fruste. Ce symptôme est parfois assez intense pour rendre la recherche des réflexes tendineux très difficile, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des tiqueurs chez qui l'on pouvait croire les réflexes rotuliens abolis; il n'en était rien; un état de vigilance musculaire excessive et une exagération du tonus s'opposaient simplement à la manifestation du réflexe.

De la même façon, si l'on commande à ces malades de relâcher brusquement tel ou tel muscle, ils n'y parviennent souvent qu'après un temps assez long. Enfin, il arrive aussi parfois, qu'ils conservent sans s'en douter telle ou telle attitude segmentaire imprimée à leurs membres.

Une seconde remarque est la suivante : Les tiqueurs sont fréquemment enclins à répéter exagérément les mouvements imprimés à leurs membres. Ainsi, si l'on vient à agiter leurs bras plusieurs fois de suite, on peut suspendre cette mobilisation et voir cependant les mouvements continuer à se produire pendant un certain temps.

Ces malades présentent donc une *aptitude catatonique* et aussi une *aptitude échopraxique* notablement plus développées que chez les sujets sains. Je ne crois pas que l'on puisse considérer ces

phénomènes comme propres aux tiqueurs. On les observe, en effet, chez d'autres sujets, mais peut-être avec une moins grande fréquence. Leur constatation chez les tiqueurs est d'ailleurs facile à expliquer. Les phénomènes catatoniques ou échopraxiques sont par excellence des troubles psycho-moteurs, qui témoignent d'une insuffisance de l'intervention corticale. Ce sont des manifestations de cette *activité passive*, dont a parlé M. Brissaud à propos des aptitudes cataleptoïdes. Et nous savons que chez les tiqueurs, le contrôle de l'écorce fait fréquemment défaut. De la même façon qu'ils sont aptes à répéter automatiquement tel ou tel mouvement qu'ils ont pris l'habitude de faire, de la même façon ils sont aptes à conserver telle ou telle attitude. Ils ont surtout une aptitude particulière à prendre très rapidement des habitudes motrices. Chez eux, tous les caractères des actes fonctionnels peuvent être viciés ; la *répétition*, qui est un de ces caractères, se trouve fréquemment viciée par excès.

De ces constatations, on peut déduire une indication thérapeutique : Dans la discipline psycho-motrice, qui constitue la méthode de choix pour le traitement des tics, il faut faire une large part aux exercices qui ont pour but d'apprendre aux malades à obtenir instantanément, à volonté, le relâchement musculaire. J'ai obtenu des résultats très satisfaisants par l'emploi de ces *exercices thérapeutiques de détente.*

La discipline psycho-motrice ; par MM. Brissaud et Meige.

La discipline psycho-motrice est une méthode de traitement qui a pour but la correction des troubles moteurs. Elle tend à supprimer les actes automatiques intempestifs, et à les remplacer par des actes corrects, utiles, voulus et réfléchis. Pour parvenir à ce résultat, il ne suffit pas d'employer des exercices gymnastiques exécutés passivement par le malade. Il faut en outre exiger de celui-ci sa participation active dans l'exécution des actes commandés : l'écorce cérébrale du sujet doit intervenir à tout instant.

La discipline psycho-motrice peut corriger les mouvements habituels excessifs ou intempestifs, les attitudes et les immobilisations vicieuses. Elle trouve donc ses applications dans un grand nombre de maladies. Les auteurs l'ont employée avec succès dans toutes les variétés de *tics*, tics du visage ou tics des membres. Elle n'est pas moins utile pour les affections qualifiées de *crampes fonctionnelles*. Dans les troubles du langage, tels que le *bégaiement*, elle a donné aussi d'excellents résultats.

La discipline psycho-motrice est appelée à rendre service aux *ataxiques*. Il ne suffit pas, en effet, d'enseigner à ces malades une série d'exercices méthodiques ; il est nécessaire d'exiger d'eux une participation active à leur exécution, ils doivent en comprendre le but et en connaitre la portée.

La même méthode est applicable aux sujets atteints d'affections paralytiques. Rien ne saurait être plus préjudiciable pour un hémiplégique ou un paraplégique que de se confiner au lit. Il faut lui enseigner une foule de mouvements, que souvent il se croit incapable de faire, tandis qu'en réalité, il arrive à les exécuter après un certain temps d'entraînement.

Un grand nombre d'*impotences musculaires* ne sont souvent que des *ignorances musculaires*. C'est en donnant aux malades l'éducation qui leur fait défaut que l'on arrive à corriger la plupart de ces accidents.

La discipline psycho-motrice n'est pas moins profitable aux sujets, qui, par suite d'un trouble mental, se croient dans l'impossibilité d'exécuter certains actes, ou, inversement, se croient obligés de répéter continuellement certains autres. Les *obsédés moteurs* en bénéficient largement. La discipline psycho-motrice est donc à la fois une éducation de l'esprit et du mouvement, de l'idée et de l'acte. Elle tend à supprimer les habitudes nuisibles et à instaurer des habitudes utiles ; elle vise à la suppression de l'automatisme, lorsqu'il est préjudiciable, et à son remplacement par des actes normaux volontaires et réfléchis. Elle est basée, comme toutes les éducations, sur la répétition des mêmes actes moteurs; mais elle exige aussi la répétition des efforts volontaires du sujet en vue d'exécuter l'acte prescrit. Lorsque le médecin peut obtenir du malade sa part de *collaboration active*, on peut toujours espérer les meilleurs résultats de ce mode de traitement.

Recherches expérimentales sur les localisations motrices spinales; par MM. E. Brissaud et A. Bauer.

Depuis quelques années les localisations motrices spinales ont été mises à l'ordre du jour par une série de recherches anatomo-pathologiques et expérimentales. A la suite de ces travaux, diverses opinions, qui d'ailleurs ne s'excluent pas toutes, se sont fait jour : les localisations motrices médullaires sont pour les uns musculaires (Nano), pour d'autres nerveuses (Marinesco), radiculaires (Déjerine), fonctionnelles (Marinesco, Parhon et Goldstein, de Buck), pour d'autres enfin segmentaires (Van Gehuchten et son école).

Nous avons cherché à vérifier cette dernière opinion en pratiquant, sur les pattes postérieures de têtards, des amputations unilatérales de segments plus ou moins étendus, et en examinant le renflement lombaire de ces animaux, de dix jours à dix mois après amputation.

Voici les conclusions de nos recherches : 1° A la suite d'amputation sur le membre inférieur, intéressant tout ou partie de ce membre, des lésions apparaissent dans la moelle épinière. —

2° l'apparition des lésions a lieu quelques jours après l'amputation; la présence de certaines d'entre elles a été constatée dix mois après l'amputation. — 3° ces lésions comportent des modifications de la substance grise et de la substance blanche. — 4° les lésions de la substance blanche paraissent consister en une atrophie totale de la moitié de la moelle correspondant au côté de l'amputation.

5° L'étendue de l'atrophie, en hauteur et en largeur, dépend surtout de l'étendue du segment amputé; mais l'âge de l'amputé et surtout l'absence de régénération ou le volume de la régénération lorsqu'elle existe, entrent en ligne de compte. Il n'y a pas, en apparence au moins, de lésions profondes de structure; l'état de la moelle encore très rudimentaire chez nos têtards et nos grenouilles, ne comporte pas d'ailleurs de profondes modifications de structure. Tout paraît se limiter à une diminution du nombre des voies conductrices et anastomotiques intra-spinales.

6° Les lésions de la substance grise semblent à peu près localisées dans les cornes antérieures. Elles consistent en une dégénération assez spéciales des grandes cellules motrices; il s'agit dans la grande majorité des cas d'une dégénération atrophiante qui entraîne la disparition progressive d'une partie plus ou moins étendue du protoplasma cellulaire, souvent de toute une moitié d'un fuseau cellulaire. Le noyau, seul, peut rester fort longtemps comme dernier vestige de la cellule motrice.

7° Ces altérations de la corne antérieure n'intéressent pas en général la totalité des éléments. Il y a dans la corne malade, un certain nombre d'éléments presque normaux, quoique d'une façon habituelle les éléments du côté amputé soient plus petits. De tous les éléments qui subsistent, les plus constants et les plus rapprochés de l'état normal sont ceux de la partie interne de la corne. Les éléments les plus gravement atteints sont ceux de la partie externe.

8° Dans la partie externe, quels sont les éléments qui sont pris ? Sans qu'il soit possible d'affirmer l'existence de noyaux distincts dans toutes les moelles, noyaux parmi lesquels on soit en mesure de se repérer, il y a cependant une disposition générale de la lésion atrophiante que l'on retrouve très communément et qui consiste en ce qui suit : lors d'amputation du tarse les altérations s'étendent du milieu du segment compris entre les XI et X racines à la partie moyenne ou supérieure du segment compris entre les X et IX racines. Sur cette hauteur, les altérations occupent successivement, de bas en haut, toute la colonne motrice latérale, sur une très petite étendue, puis sa partie externe, et enfin sa partie postéro-externe seulement. Lors d'amputation de jambe, les altérations s'élèvent jusqu'au tiers moyen du segment compris entre IX et VIII. Elles occupent successivement de bas en haut d'abord

toute la colonne motrice latérale sur une hauteur un peu plus étendue que lors d'amputation du pied, puis la partie externe et médiane de la colonne cellulaire, enfin sa partie postéro-externe. Lors d'amputation de cuisse, les altérations s'élèvent jusque vers VIII; elles occupent toute la colonne motrice latérale jusque vers le milieu du segment compris entre X et IX, puis successivement les parties externes et postéro-externe de cette colonne cellulaire.

9° Il résulte de là qu'à chaque segment du membre inférieur répond, au niveau du renflement lombaire, un groupe plus ou moins limité de cellules radiculaires. Ces groupes semblent s'imbriquer en se superposant, le groupe inférieur tendant toujours à se placer en dehors et en arrière du groupe sus-jacent. — 10° Le volume des racines semble un peu diminué, au niveau des altérations. Les ganglions des racines postérieures sont d'apparence normale. — 11° Il existe des relations certainement très importantes entre l'état de la moelle et l'apparition des régénérations. Nous nous proposons de préciser ces rapports dans un travail ultérieur.

L'Assistance et l'Éducation des Enfants anormaux au point de vue sociologique; par le Dr Courjon, Directeur de l'Etablissement médical de Meyzieux (Isère).

Si la question de la responsabilité des dégénérés est intéressante à étudier au point de vue psychologique, il peut être intéressant également de la considérer au point de vue sociologique. « Quelle que soit la responsabilité personnelle des dégénérés, qu'elle soit entière, atténuée ou nulle, dans les crimes ou délits qu'ils peuvent commettre, ils ont un complice pleinement responsable : La Société. » La Société qui n'a pas su ou voulu se protéger contre eux et leur enlever dans la mesure du possible les moyens de nuire. Suivant les différentes catégories de dégénérés, les moyens à employer pour arriver à ce but peuvent différer. Je ne m'occupe ici que des malades qui, dès l'enfance, ont donné des marques de dégénérescence ; de ces malades qui, au début de leur vie, sont des *Enfants anormaux*.

Pour se protéger contre les écarts possibles de ces enfants, soit dans leur jeune âge, soit dans l'âge adulte, il convient — ce sont des malades — de chercher à les guérir ou tout au moins à améliorer leur état. Il convient de les soumettre à ce que notre éminent confrère Bourneville a appelé le *Traitement Médico-Pédagogique*.

Au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des Sciences*, tenu à Ajaccio en septembre 1901, je me suis placé sur le terrain purement français, puisque je m'adressais à un Congrès national, Et j'ai eu la satisfaction de pouvoir constater que ma parole avait porté quelque peu, puisqu'un mouvement en

faveur de l'assistance et de l'éducation des enfants anormaux se dessine nettement dans notre région lyonnaise et puisque l'annexe médico-pédagogique que nous avons créée à côté de notre établissement médical reçoit chaque jour de nouvelles preuves d'intérêt et de sympathie.

Puisqu'il y a malheureusement des enfants anormaux dans tous les pays, la quesion méritait d'être posée dans un *Congrès international* ; je viens de la soulever ; il reste à la traiter, et je serais heureux de la voir porter officiellement à l'ordre du jour d'un prochain congrès international.

Ce désir étant exprimé, il me reste à conclure, en disant que, tant que tous les enfants anormaux ne recevront pas les soins médico-pédagogiques qui leur sont indispensables, lorsque l'un d'eux, accusé d'avoir violé l'une des lois qui constituent le contrat social comparaîtra devant les juges, son défenseur répondant au ministère public, organe de la Société, pourra dire : « Oui, mon client est coupable, il est coupable de n'avoir pas reçu de la Société qui l'accuse les soins que cette société avait le devoir étroit de lui assurer, — et s'il est ici aujourd'hui, c'est faute d'avoir reçu ces soins qui auraient transformé sa mentalité : au nom de tous les frères d'infortune de la victime pour laquelle je plaide, je me transforme en accusateur. et je demande la condamnation d'une Société qui, pouvant empêcher un homme de devenir criminel, ne l'a point fait. » Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, lors de son XII[e] Congrès, tenu à Grenoble en août 1902, adoptait, sur la proposition du D[r] Larrivé, les vœux suivants, que je vous propose d'adopter à votre tour : Le Congrès émet le vœu :

1° Que l'assistance et l'Education soient rendues obligatoires pour les enfants anormaux. 3° Que les pouvoirs publics votent les crédits utiles pour la création d'asiles-écoles régionaux. 3° Que transitoirement, les enfants anormaux pauvres soient placés par les pouvoirs publics dans les asiles-écoles privés existant actuellement.

Discussion du rapport « Etiologie et thérapeutique, psychiques » ; par M. Henry Meige (de Paris).

Il n'est pas nécessaire de supposer l'existence constante d'un poison pour expliquer les accidents consécutifs à une émotion. On a peut-être trop étendu le rôle de l'auto-intoxication. Des phénomènes tels que la glycosurie, les hémorragies cutanées, peuvent se produire sans l'intervention d'une toxine, simplement par suite d'un trouble fonctionnel des centres nerveux. La répétition de ces accidents peut être également le fait d'une *habitude fonctionnelle*, en l'absence de toute espèce d'intoxication.

Pour ce qui est de la thérapeutique psychique, son utilité ne

saurait être contestable. Assurément, cette thérapeutique ne se base pas sur des formules préétablies : elle varie suivant les sujets. La meilleure psychothérapie est constituée par des conseils bien compris et bien appliqués par les malades. Il ne s'agit pas de commander impérieusement, mais de se faire bien comprendre. C'est la volonté et la raison des malades eux-mêmes qui doivent les conduire à exécuter les prescriptions qui leur sont profitables. En cela se résume toutes les vertus de la suggestion.

Discussion du rapport « Etude clinique de l'agnoscie et de l'asymbolie »; par M. Henry Meige (de Paris).

Je désire simplement, à l'occasion de ce rapport, faire part de quelques remarques qui m'ont été suggérées par l'étude clinique des tics que je poursuis depuis une dizaine d'années. Rien n'est plus fréquent que de constater chez les tiqueurs une imperfection de la notion des attitudes. Il est même habituel de voir ces malades adopter des attitudes anormales de tel ou tel segment de leur corps, et lorsqu'on attire leur attention sur ces anomalies, ils déclarent ne les avoir jamais remarquées ; bien plus, ils éprouvent une grande difficulté à les corriger. Il semble qu'ils ignorent l'acte musculaire nécessaire pour opérer cette correction. Cependant, lorsqu'on le leur a enseigné, ils arrivent après une série d'efforts à corriger leurs fautes.

Comme il n'existe chez eux aucun trouble sensitif, superficiel ou profond, capable d'expliquer ce phénomène, on est conduit à supposer qu'il en est de leurs attitudes vicieuses comme de leurs mouvements convulsifs : ce sont des troubles *psycho-moteurs*, les uns permanents, les autres intermittents, qui témoignent certainement d'une insuffisance des interventions corticales. La correction de ces accidents se fait facilement à l'aide du traitement par le contrôle du miroir, dont j'ai déjà signalé les bons résultats.

La médecine au musée du Prado; par M. Henry Meige (de Paris).

M. Henry Meige a fait une étude critique des tableaux du musée du Prado, qui présentent un intérêt médical. Il s'est attaché à montrer comment les artistes, en copiant fidèlement la nature, ont parfois représenté avec exactitude des caractères pathologiques, qui peuvent permettre aux médecins de faire des diagnostics rétrospectifs.

Les œuvres de Velasquez fournissent une ample matière à ce genre de critique. Velasquez a fait le portrait d'un certain nombre de nains et de bouffons, où il est possible de reconnaître les traces d'affections morbides aujourd'hui bien connues ; les uns sont des rachitiques, les autres des achondroplasiques. Il existe aussi des portraits d'idiots, où Velasquez a reproduit très exactement les stigmates physiques de l'idiotie et de la dégénérescence.

Un bouffon de Charles-Quint, peint par Antonio Moro, est un type remarquable d'hémiplégique, dont la main droite est contracturée. L'auteur cite encore une naine obèse, de Carréno de Miranda, et un goitreux de E. Marsh, un éléphantiasis du nez attribué à Holbein, rappelant le vieillard de Ghirlandajo, du musée du Louvre.

Après les difformités, M. Henry MEIGE étudie les peintures représentant des scènes médicales. Tout d'abord, le tableau de Murillo, de l'Académie Saint-Ferdinand, représentant la reine sainte Elisabeth de Hongrie soignant les teigneux, où l'on voit plusieurs enfants dont les têtes sont couvertes de plaques teigneuses très fidèlement rendues. Viennent ensuite les opérations figurées par les peintres flamands et hollandais du XVe au XVIIe siècles, un Arracheur de dents de Théodore Rombouts, deux tableaux de Téniers le Jeune représentant une opération sur la tête et une opération sur le pied. Enfin, deux curieuses peintures, l'une de Jérôme Bosch, l'autre de van Hemessem, représentant la supercherie chirurgicale connue sous le nom d'opération des « pierres de tête », dont M. Henry MEIGE a fait autrefois une étude documentée.

L'auteur, qui a poursuivi ses recherches dans toutes les collections d'Europe, établit des comparaisons entre les peintures du Prado et celles des autres galeries. Cette étude montre bien l'intérêt tout spécial que le médecin peut prendre à l'examen des œuvres d'art ; elle montre, en outre, le parti que la critique d'art peut tirer des connaissances médicales. Elle conduit à cette conclusion, que les peintres les plus célèbres sont justement ceux qui ont reproduit le plus fidèlement la nature, même dans ses difformités.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES THÈSES DE BORDEAUX 1902

PAR LE D^{r} DE PERRY

I. *Des paralysies périphériques d'origine ourlienne* ; par Auguste LACROIX.

Les oreillons sont susceptibles de se compliquer de paralysie, même dans les cas bénins. Cette paralysie, qui est tantôt diffuse, généralisée, tantôt localisée, a pour caractère d'être flasque, sans raideur, ni contracture et reconnaît comme origine une névrite toxi-infectieuse. Ces paralysies ourliennes, susceptibles de guérison, ont une importance médico-légale à signaler surtout dans les milieux militaires.

II. *Dégénérescence et mysticisme*; par Gabriel CLOITRE.

Rien n'est plus fréquent que de rencontrer associés la dégénérescence et le mysticisme. Mais le délire mystique des dégénérés diffère complètement de la folie religieuse systématisée; ce délire au contraire se rapproche morphologiquement, par ses hallucinations variées, du délire hystérique. L'auteur aborde enfin l'étude médico-légale de la question et traite rapidement la thérapeutique et la prophylactique.

III. *Hystérie et maladies gynécologiques*; par le Dr DUPIN-DULAU.

L'hystérie peut à elle seule simuler des lésions d'ordre chirurgical sans lésion anatomique, ayant leur point de départ dans l'état mental particulier des hystériques. Les simulations hystériques des organes génitaux de la femme sont fréquentes et constituent des névralgies pelviennes, des tumeurs fantômes, des pseudo-péritonites. Une fois le diagnostic posé, l'intervention chirurgicale ne doit être qu'un moyen de suggestion.

Les lésions organiques et l'hystérie peuvent aussi évoluer parallèlement chez la femme, formant ainsi des associations hystéro-organiques. Ces associations peuvent être méconnues, soit que les phénomènes hystériques occupent le premier plan et masquent ainsi l'affection concomitante, soit que celle-ci au contraire, absorbe complètement, au détriment de l'hystérie, l'attention de l'observateur. En supposant les deux facteurs connus, il est difficile d'assigner des bornes précises à l'H et à la lésion.

Au point de vue du traitement chirurgical il faut se tenir dans une réserve armée, et ne se laisser guider dans une intervention sanglante que par la gravité des lésions.

IV. *L'état mental chez les blennorrhagiques;* par le Dr DUCASSE.

La blennorrhagie que l'on doit étudier comme une maladie générale, peut, en outre des accidents polymorphes qu'elle occasionne, déterminer des accidents cérébraux. Mais ce qu'il y a de fort intéressant c'est l'état mental des individus atteints de cette affection.

Cet état mental, le plus fréquemment observé, semble ordinairement appartenir à la neurasthénie psycho-génitale mélancolique ou hypocondriaque. On peut l'attribuer, en dehors de l'hérédité névropathique : 1° Au choc moral, résultant des préoccupations nées de la blennorrhagie; 2° A l'infection générale de l'organisme par le microbe spécifique et ses toxines; 3° A la localisation plus particulière sur le cerveau, de cette infection.

V. *Contribution à l'étude clinique et médico-légale de la folie systématisée progressive*; par le Dr LETOURNEUX.

Après avoir défini, d'après Régis, la folie systématisée qui est

une folie chronique essentielle, caractérisée par des hallucinations sensorielles et par un délire aboutissant en dernier lieu à la transformation de la personnalité, l'auteur aborde le côté médico-légal. Il démontre que les aliénés sont d'autant plus dangereux que leur délire est plus ignoré. L'auteur conclut qu'il est souvent impossible de prévoir à l'avance qu'un aliéné, jusque là considéré comme inoffensif, puisse devenir un jour capable d'attenter à la vie des personnes.

VI. *Traumatisme et tabes*; par le Dr Gauraud.

Il résulte des recherches de l'auteur qu'il existe des cas de tabes où, malgré les plus minutieuses recherches, on ne peut déceler un autre facteur étiologique que le traumatisme, et qu'il existe cliniquement un tabes traumatique. Par les observations relatées dans ce travail il ressort que le traumatisme peut suffire à produire le tabes. Quant au trauma survenant au cours du tabes, il en influencera directement en l'aggravant, l'évolution des phénomènes sensitifs, moteurs ou trophiques.

VII. *Le mensonge chez la femme hystérique*; par le Dr Richard.

La femme hystérique a une tendance très marquée à parler contre la vérité. Mais peut-on inférer de cela qu'elle mente véritablement? Souvent il y a dans son cas une simple erreur, c'est-à-dire un pseudo-mensonge. La connaissance et l'étude approfondie de l'onirisme, a permis de se rendre compte que ces pseudo-mensonges sont dus aux hallucinations de l'attaque, ou à des rêves nocturnes, à des troubles de la conscience, de la mémoire et de la personnalité. En dehors de ces faits l'hystérique peut réellement mentir, mais ordinairement ses mensonges relèvent de sa maladie.

On conçoit que les mensonges hystériques aient des conséquences fort graves pour ceux contre lesquels ils sont faits. Aussi en justice le témoignage des hystériques ne peut avoir qu'une valeur relative.

VIII. *La tête limousine*; par le Dr Freysselinard.

Etude intéressante dont il faut retenir cette conclusion de l'auteur, que les déformations artificielles, caractéristique de la tête limousine, sont sans conséquence sur l'état mental de ceux qui en sont atteints.

IX. *Du tétanos gynécologique*; par le Dr Mazimel.

X. *De l'anxiété*; par le Dr Girard.

L'anxiété est, pour l'auteur, une réaction instinctive, indépendante de la volonté, qui se manifeste sous l'influence de circonstances extérieures diverses. Cette réaction se traduit par des

désordres physiques, palpitations, nausées, dyspnée, vertiges, etc. et par des désordres psychiques, inattention, irréflexion, aboulie, etc.

L'anxiété est physiologique ou pathologique. Elle intervient dans certaines maladies telles que l'angine de poitrine, l'asthme, etc. et dans plusieurs névroses ou psychoses, par exemple, dans la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, etc. Elle est aussi le symptôme fondamental et primordial de la mélancolie anxieuse.

Il y a lieu, dit l'auteur, de séparer de la neurasthénie un syndrôme morbide autonome que Freud a appelé névrose d'angoisse. Cette névrose représente une maladie primitive de l'émotivité, constituant un terrain éminemment propre au développement des phobies.

Le traitement doit porter, d'une part, sur les troubles somatiques et d'autre part sur les désordres psychiques, soit par le moyen de la suggestion, soit par des exercices d'accoutumance accomplis par le malade à son insu.

XI. *De la surdi-cécité et des moyens employés pour communiquer avec les personnes atteintes de surdi-cécité;* par le Dr Robin.

La surdi-cécité peut se rencontrer dans l'hystérie : cette affection est simplement simultanée et transitoire; elle disparaît sans laisser de traces.

Dans le tabes au contraire, la surdi-cécité est caractérisée par une atrophie des nerfs optiques et acoustiques. Cette double modalité n'apparaît pas simultanément, la cécité débute la première puis vient la surdité, qui suivent une marche progressive et fatale.

Dans d'autres cas, dus à une double suppuration des yeux et des oreilles, à la suite de fièvres éruptives, à la perte de la vue ou de l'ouïe, chez des sourds ou des aveugles, l'on rencontre encore la surdi-cécité.

Il était utile de rechercher les différents procédés pour communiquer avec ces malades. Les meilleurs jusqu'ici semblent être l'écriture passive (mouvements imprimés passivement à la main droite du malade), et l'écriture dermographique, c'est-à-dire le tracé des caractères graphiques dans le creux de la main ou sur toute autre partie sensible du corps du malade.

VARIA.

Treizième congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

Bruxelles, 1er *août* 1903.

Les Compagnies françaises des Chemins de fer d'Orléans, de l'Etat, du Midi, du P. L. M., du Nord, de l'Ouest et de l'Est accor-

dent *aux membres* du Congrès une réduction de 50 p. 100. Afin de faire bénéficier de cette réduction les dames, les étudiants et les personnes quelconques accompagnant les congressistes, nous avons décidé d'admettre les personnes susdites comme *membres associés*. Les membres associés paieront une cotisation de 10 francs et jouiront de tous les avantages accordés aux membres titulaires, tels que : réductions sur les chemins de fer, excursions, réceptions, etc. Les adhérents qui désirent profiter de cette combinaison doivent indiquer combien de personnes les accompagneront. Pour le comité : Le Secrétaire général, Dr CROCQ.

ASSISTANCE DES ENFANTS IDIOTS

L'enfant martyr de la Petite-Marie (près Nogent-le-Rotrou). — Nous avons déjà parlé de ce petit martyr, Henri Jousselin, qui paraît avoir souffert surtout du manque de soins et qui est actuellement à l'hôpital de Nogent-le-Rotrou.

L'enfant est sourd et muet, probablement de naissance; il a l'air à peu près *idiot*; les membres ne sont pas plus gros que ceux d'un enfant de trois à quatre ans; la tête a une grosseur anormale. Il ne peut pas marcher, n'ayant jamais été habitué à se tenir sur ses jambes. Les sœurs ont essayé de lui faire faire quelques pas; il vacille comme un bébé.

Il n'y a aucun renseignement à tirer de la mère qui est dénuée de raison; elle n'est en aucune façon responsable. Le père a reconnu qu'il laissait son fils Henri et sa femme sans argent et presque sans nourriture. Il a déclaré que, sa femme ne s'occupant pas de son fils en raison de son état d'imbécillité, il ne pouvait remplacer la mère de famille, qu'il n'avait pas assez d'énergie pour réagir contre tout cela. Neuf des enfants des époux Jousselin sont morts en bas-âge. Les voisins ont déclaré qu'ils avaient été délaissés comme le petit Henri (*Le Matin*, 2 août).

Suicide d'une fillette de huit ans (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899). — Il s'agit, dit M. Lebediew, de la fillette d'un cordonnier qui chargée d'un petit achat, perd en route une piécette d'argent de cinq copeks (15 centimes). Epouvantée, elle s'en revient chez elle où elle est légèrement corrigée par sa mère qui la menace d'un châtiment ultérieur et la renvoie à la recherche de l'argent. Ne le trouvant pas, elle ne trouve d'autre issue à cette situation désespérée que de se noyer. Ses parents la représentent comme étant d'un caractère égal et calme, plus triste que gaie, très aimée : c'était l'aînée de trois enfants. D'après les voisins, elle était souvent déprimée. Elle a donc perdu la tête. P. KERAVAL.

Ces faits, concernant des idiots, imbéciles, arriérés, s'ajoutent aux anciens, très nombreux; ils montrent la nécessité

de l'assistance de ces malheureux. Hospitalisés de bonne heure, soignés, éduqués, ils auraient pu être améliorés ou guéris, au lieu de constituer des non-valeurs et d'augmenter, comme les idiotes engrossées, les charges de la société. B.

SINGULIER MANIAQUE.

Un Don Juan sur le retour. — Plus de trente victimes. — En pantoufles! — Mlle A. M..., vendeuse dans un grand magasin du quartier de l'Opéra, avait suivi, l'autre soir, dans un hôtel meublé de la rue Nollet, un vieux monsieur en veine de galanterie. Le Don Juan avait promis de payer à sa conquête un costume tailleur; mais quand la jeune fille, qui s'était endormie, se réveilla, elle constata que son compagnon avait disparu et qu'il avait emporté ses bas et ses bottines, si bien qu'elle dut, pour sortir, emprunter une paire de pantoufles.

Elle conta sa mésaventure à ses camarades et apprit que pareille infortune était arrivée à plusieurs d'entre elles. Elle jura de se venger. Accompagnée d'une amie, elle chercha le vieux monsieur et le trouva aux environs de la gare Saint-Lazare. L'amie n'eut pas de peine à faire la conquête du sénile don Juan; elle l'emmena rue des Batignolles et le fit arrêter par des agents.

Conduit devant M. Rouffaut, commissaire de police des Batignolles, l'individu déclara se nommer Paul V..., cinquante-cinq ans, rue de Miromesnil. Il avoua qu'il ne pouvait se retenir de prendre à ses maîtresses leurs bas et leurs chaussures.

Le singulier maniaque a largement dédommagé Mlle M..., qui a retiré sa plainte.

Le nombre des jeunes femmes victimes de Paul V... dépasse la trentaine. (*Journal*, 24 avril 1903.)

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et promotions* (mai). — M. [illegible], médecin adjoint à Quimper, nommé à l'asile de Lesvellec (Morbihan). — M. le Dr POCHON, médecin adjoint à Lesvellec, nommé à Rouen en remplacement du Dr Hamel, nommé directeur-médecin à Auxerre. — M. le Dr SIMON, 3e du concours d'adjuvat, nommé médecin adjoint à Dury (Somme) en remplacement du Dr [illegible], nommé médecin adjoint à Châlons (Marne). — M. le Dr [illegible] du concours d'adjuvat, est nommé médecin adjoint à [illegible]. — M. le Dr MUSIN, médecin adjoint à Dury (Somme),

nommé médecin adjoint à Châlons-sur-Marne. — M. le Dr Roques de Fursac, médecin adjoint à Clermont (Oise), promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Thivet, médecin en chef à Clermont (Oise), promu à la 2e classe du cadre. — M. le Dr Aubry, 5e du concours d'adjuvat, nommé médecin adjoint à la Charité (Nièvre), en remplacement du Dr Bourdin. — M. le Dr Ricoux, médecin adjoint à Fains (Meuse), promu à la 2e classe du cadre à partir du 1er juillet 1903. — M. le Dr Briche, médecin adjoint à Saint-Venant (Pas-de-Calais), promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Broquère, directeur médecin à l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne) promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Distinction honorifique. — M. le Dr Chevalier-Lavaur, directeur-médecin à l'asile d'aliénés d'Auch (Gers), est nommé officier d'académie.

Homicide par un adolescent. — Une dépêche de Berlin, reproduite par le *Daily Express*, raconte le drame effrayant que voici : La baronne Nagel, connue au théâtre sous le nom d'Anna Gustnagel, a été assassinée à Odessa par un enfant de quatorze ans. Le frère aîné de cet enfant, amoureux de la chanteuse, faisait des folies pour elle et dépensait sans compter pour satisfaire ses caprices. L'enfant supplia son frère à plusieurs reprises de quitter l'actrice, entre les mains de laquelle il voyait fondre la fortune paternelle, en même temps que le nom était déshonoré. Le frère aîné ne voulant pas se rendre à ces raisons, l'enfant assassina la baronne, qui a été trouvée morte dans sa chambre, portant au cou des traces de strangulation. Le précoce meurtrier s'est ensuite pendu à un clou, dans la chambre de sa victime.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bellat (A.). — *Rapport sur l'asile public d'aliénés de Breuty.* In-8° de 58 pages. Imp. Charantaise. Angoulême.

Bernheim. — *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie avec considérations nouvelles sur l'hystérie.* 1 vol. in-8° de 700 pages. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon. Prix : 10 francs.

De Paolekovic-Kapolna (Ema). — *La paralysie générale peut-elle être distinguée anatomiquement de la syphilis cérébrale diffuse?* (Thèse). In-8° de 54 pages. Lausanne. 1903.

Faure (Maurice). — *Résultats de la rééducation dans le traitement des troubles du mouvement.* In-8° de 36 pages. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon. Prix : 1 fr.

KOWALEVSKY (Paul). — *Psychopathologie légale générale*. t. II. 1 vol. de 332 pages. Librairie Vigot, frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 6 francs.

RAYMOND (F.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1900-1901). 1 vol. in-8° de 650 pages. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon. Prix : 16 francs.

VON SARBO (Arthur). — *Der achillessehnenreflex und seine klinische Bedentung*. 1 vol. in-8° de 44 pages. Verlay von S. Karger. Berlin.

SLEESWK (R). — *Der Kampf des tierischen « organismus » mit der pflanzlichen « Zelle »*. In-8° de 140 pages. Amsterdam.

ZOLA. — *La crise agricole*. 1 vol. in-8° de 244 pages. Librairie C. Naud, 3, rue Racine. Prix : 5 francs.

Revue philosophique de juin 1903. — Sommaire de la *Revue philoosphiqne*, n° de juin 1903 (28° année) : A. LANDRY. L'imitation dans les beaux-arts. — A. SCHINZ. Esquisse d'une philosophie des conventions sociales. — Baron Ch. MOURRE. La volonté dans le rêve (2° et dernier article). — E. BLUM. Le mouvement pédalogique et pédagogique. — Analyses et comptes-rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Table des matières. — Abonnement. du 1er janvier : Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La livraison : 3 fr. Librairie Félix ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 7-1903.

Vol. XVI. **Août 1903.** **N° 92.**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

RECUEIL DE FAITS.

Fin de l'histoire d'un idiot myxœdémateux ;

PAR BOURNEVILLE

Il s'agit d'un idiot myxœdémateux dont nous avons déjà entretenu deux fois nos lecteurs. En 1889, nous avons donné son observation complète, antécédents et descriptions détaillée ; en 1896, dans une communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Bordeaux, nous avons exposé les effets, chez lui, du *traitement thyroïdien*. Le malade qui était un type, aussi *caractéristique* que possible, de *myxœdème infantile,* a succombé le 18 février 1902. Après avoir reproduit le sommaire de son observation, nous allons résumer les particularités notées de 1896 à sa mort, donner les résultats de son *autopsie,* la description de son *squelette,* l'*analyse chimique* de sa peau et l'*examen histologique* de son cerveau.

SOMMAIRE. — *Père tuberculeux* (?). — *Oncle maternel paralysé, aliené et sujet probablement à des accès d'épilepsie. — Frère et sœur morts tuberculeux. — Sœur strabique à la suite de convulsions de l'enfance, morte tuberculeuse.*

Renseignements imcomplets sur les antécédents du malade. — Marche à dix-huit mois. — Propre de bonne heure. — Arrêt de développement du corps; bouffissure et épaississement de la peau à partir de trois ans.

Etat du malade le 1er février 1890. — *Lésions scrofuleuses et rachitiques.*

Absence de la glande thyroïde; symptômes classiques de l'idiotie myxœdémateuse: pseudo-lipomes ; persistance de la fontanelle antérieure ; hernie ombilicale ; eczéma ; arrêt de développement physique et intellectuel; parole très lente ; voix aigre, etc.

1893-1894. Julep avec extrait de glande thyroïde et injections sous-cutanées de liquide thyroïdien : résultats négatifs.

1895. Injection stomacale de glande thyroïde de mouton. — Amlioration : Elévation de la température ; diminution du poids ; phénomènes divers du traitement ; modifications de la voix, etc., etc.

1896. Dentition complère ; carie dentaire.

1897-1901. Evolution à peu prәs nulle de la puberté. Même état général.

1902. Hydropisie pleurale et péricardique. — Cyanose subite : mort ; abaissement considérable de la température. — T. après la mort. — Rigidité cadavérique.

Autopsie. — *Persistance de la suture métopique. — Absence complète de la glande thyroïde. — Hydropisie de la plèvre et du péricarde. — Athérome. — Petits kystes rénaux.*

Description du squelette. — Analyse chimique de la peau. — Examen histologique du cerveau. — Réflexions.

Debarg.,. (Jules), né dans le Pas-de-Calais, le 6 octobre 1865, est entré à Bicêtre dans notre service le 23 février 1890.

Pour compléter l'observation nous n'avons que quelques mots à ajouter sur les années 1896-1901.

1896. — *Dentition :* Depuis le dernier examen, aucune modification n'est survenue. La dentition a acquis un développement complet. Les dents permanentes ont achevé leur éruption et il n'y a plus de traces des dents temporaires. Toutes les molaires, sous l'influence de la carie, continuent à se désagréger progressivement. Leurs couronnes sont en partie détruites.

1897. — Il n'est survenu durant cette année, ancun accident.

1898. *Juillet.* — *Puberté :* Le visage, les aisselles et le tronc sont glabres. — Quelques poils noirs, rares, à la racine des bourses Phimosis. Verge : long. 6 cm., circonf. 7 cm. Testicules de la grosseur d'un œuf de merle.

1900. — *Puberté :* Les moustaches commencent à se dessiner, les poils de pubis sont un peu plus longs et plus abondants. Verge : long. 7 cm., circonf. 9 cm. ; même état des testicules. Hémorrhoïdes persistantes.

1901. *Mai.* — Œdème temporaire des paupières, surajouté à leur bouffissure habituelle. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine (*fig.* 12, 13 et 14).

Décembre. — *Puberté :* Le tiers moyen de la lèvre supérieure est presque glabre ; de chaque côté existe un fin duvet, formant une bande de 4 sur 10 mm. Rien aux joues ni au menton. Rien aux aisselles. Bande de poils très rares à la partie moyenne du pénil. De chaque côté de la verge, quelques poils bruns plus longs, for-

mant une sorte de bouquet. Verge : long. 7 cm. 1/2, circonf. 8 cm. Prépuce un peu long, gland non découvrable, méat un peu étroit. Jamais d'onanisme.

1902. — 18 *février*. A 4 heures de l'après-midi, Deb... était auprès de la surveillante, à l'infirmerie, appuyé à la table, le dos



Fig. 12. — Deb... en 1901.

tourné au foyer selon son habitude. Subitement il devient violacé. Aussitôt on le déshabille et on le couche. Il se jette en arrière, les membres supérieurs s'allongent et se raidissent; la respiration devient de plus en plus courte, il meurt en quelques minutes sans prononcer une seule parole. L'interne de garde, appelé, ne peut que constater le décès. Poids après décès : 36 kg. 200.

Le matin et jusqu'au début des accidents mortels, Deb... n'avait rien offert de particulier. Il avait déjeuné comme d'ordinaire. A 2 heures il avait fumé une cigarette et mangé des bonbons.

Température après la mort.

		T. de la salle.
1/4 d'heure après	34°	
1 heure —	30°	
2 — —	30°	
3 — —	30°	
4 — —	29°	
5 — —	29°	
6 — —	25°	
7 — —	22°	
8 — —	20°	
9 — —	20°	
10 — —	18°	
11 — —	14°	
12 — —	13°	
13 — —	13°	
14 — —	13°	— Salle 16°
15 — —	13°	— Salle 16°
16 — —	13°	— Salle 16°
18 — —	13°	— Chambre 13°.
19 heures après	13°	— Chambre 13°[1].

Le malade est mort avec une *hypothermie* très accusée. La température du cadavre est descendue à 13°, c'est-à-dire à 3° au dessous de celle de la salle. Nous avons constaté plusieurs fois cet abaissement de la température cadavérique au-dessous de la température du milieu ambiant.

19 *février*. — Etat de la *rigidité cadavérique*, 19 heures après la mort :

Membre supérieur gauche : rigidité moyenne de l'épaule, très légère du coude, très forte du poignet ; raideur des doigts qui sont infléchis.

Membre supérieur droit : raideur de l'épaule, moindre au coude, raideur du poignet, bien moins prononcée qu'à gauche ; doigts un peu raides, infléchis. L'index droit est le siège d'une tourniole, phlyctène affaisée avec un peu de pus au-dessous. La partie postérieure et interne des membres supérieurs présente une coloration rouge vineuse.

Membre inférieur gauche : rigidité de la hanche assez prononcée, simple raideur du genou, plus prononcée au cou-de-pied. Orteils souples.

Membre inférieur droit : simple raideur de la hanche, du genou et du cou-de-pied ; doigts souples.

[1] Suivant la règlement administratif, les corps morts doivent rester un certain temps dans la salle de l'infirmerie. Nous avons pris l'habitude de les placer ensuite dans une chambre spéciale.

L'ensemble de la peau est jaune, le ventre est ballonné ; les lèvres sont bleu pâle. Comme on le voit, la *rigidité* est plus prononcée à droite qu'à gauche; jusqu'à 8 heures du soir les membres étaient souples. Le cou était rigide.

20 *février*. — *Membre supérieur gauche* : rigidité assez prononcée



Fig. 13. — Deb... en 1901.

de l'épaule, très prononcée du coude; rigidité assez prononcée des articulations métatarso-phalangiennes. Les doigts commencent à être mous.

Membre supérieur droit : épaule molle, coude et poignet rigides, ainsi que les articulations métatarso-phalangiennes. Les doigts sont un peu raides.

Membre inférieur droit : rigidité très prononcée de la hanche et du cou-de-pied. Les orteils sont raides.

Membre inférieur gauche : rigidité moyenne de la hanche, plus

Année	Mois	Poids	Taille
1896	janvier	28k	0m965
	juillet	27k200	0.965
1897	janvier	29k	0.965
	juillet	28k500	0.965
1898	janvier	29k700	0m965
	juillet	30k	0m97
1899	janvier	30k200	0m97
	juillet	33k	0m97
1900	janvier	32k	0m97
	juillet	33k500	0m97
1901	janvier	34k	0m99
	juillet	35k	1m
1902	janvier	35 k70	1m05
	juillet		

prononcée au genou et au cou-de-pied; les orteils sont flasques. La colorationviolacée des ecchymoses a plutôt diminué. Le ventre est toujours très gros.

7 heures après l'autopsie on ne note plus aucune rigidité.

Autopsie faite le 26 février, 41 heures après la mort.

TÊTE. — *Cuir chevelu* très épais, assez adhérent au crâne offrant une suffusion sanguine assez prononcée sur toute son étendue. — *Os du crâne* épais: la coupe est injectée de sang ainsi que toutes les sutures. Pas de synostose, *persistance de la suture métopique.*

La *dure-mère*, plutôt mince, ne présente rien de notable. — La *glande pituitaire*, sans exagération de volume, est ramollie.— La *fosse turcique*, dont le bord supérieur est très saillant est complètement envahie par du sang. — L'*apophyse cristagalli* est mince; quand on a détaché l'encéphale, les fosses temporales se sont remplies de sang noir. On recueille 67 gr. de sang dans les fosses occipitales. Les différentes fosses de la base sont symétriques. Les artères vertébrales, le tronc basilaire, les cérébrales postérieures, les artères cérébelleuses et les artères sylviennes sont distendues par le sang. — Les *nerfs olfactifs* sont volumineux, surtout à leur extrémité antérieure. Les autres nerfs, les tubercules mamillaires, les pédoncules cérébraux, les artères sont égaux et symétriques.

Cerveau. — HÉMISPHÈRE DROIT, *face convexe* ; — La *première circonvolution frontale* (F¹) se termine en arrière par une sorte de

fourche (*ff*); elle parait un peu grêle par rapport à F² qui est plus large et bien plus sinueuse. Sur tout le lobe frontal, il n'y a qu'un pli de passage entre F² et F³, — La *frontale ascendante* FA, est volumineuse et assez sinueuse ainsi que PA. Le *Sillon de Rolando*, SR, est très tortueux sans interruption. Les *plis pariétaux*, supé-



Fig. 14. — Deb... en 1901 [1].

rieur, P¹ et inférieur. P² sont assez volumineux ainsi que le pli courbe, PC et le lobe occipital LOC. Le *pli courbe* envoie un pli de passage au lobe occipital qui est assez développé, Le *lobe temporal* a ses circonvolutions plutôt volumineuses. Les lèvres de la *scissure de Sylvius* sont presque en contact et ne laissent voir que la pointe du lobule de l'insula avec quatre digitations, sans compter les trois prolongements qu'envoie en arrière la T¹ (Planche I).

[1] Nous avons publié une série de ses photographies en 1889 et en 1896 (Voir *Arch. de Neurolog.*, 1890, n° 1, et *Comptes rendus de Bicêtre* de 1889, p. 172; 1895, p. 169.

Face interne. — La *corne d'Ammon*, les *circonvolutions* CH et TO sont un peu grêles et s'envoient un pli de passage, F[1], CCC, LP et le lobe carré, LQ, sont bien développés, le coin, C, est petit. Le *corps calleux*, CC, le *corps strié*, CS, la *couche optique*, CO, et le *ventricule latéral* n'ont rien à noter (Pl. II).

En résumé le cerveau est assez volumineux et lourd. Les circonvolutions sont développées mais n'offrent que de rares plis de passage. Les sillons paraissent d'une profondeur à peu près normale. Il n'y a, pas, macroscopiquement, trace de méningo-encéphalite.

Cou. — *L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune trace de la* **glande thyroïde**. Il n'y a pas de trace du *thymus*.

Thorax. — Les *poumons* sont normaux. On recueille 50 gr. de liquide dans la plévre droite et 180 gr. dans la cavité péricardique. — *Cœur* volumineux; les cavités et les valvules sont normales. Le trou de Botal est oblitéré. Le cœur droit est un peu dilaté. Plaque atéromateuse de 2 cm. de longueur sur l'aorte.

Abdomen. — L'*estomac*, les *intestins* ne paraissent le siège d'aucune lésion. — Le *foie* est un peu congestionné et il y a des plaques de péri-hépatite à la face supérieure du lobe droit. Vésicule biliaire. rien. — *Rein droit* hyperhémié. — *Rein gauche* lobulé, très congestionné, présentant une série de dépressions circonscrivant 4 ou 5 gros lobes. Signalons aussi une série de petits *kystes* variant d'un pois à une tête d'épingle, situés aux limites des zones corticale et pyramidale. Aucune lésion des *capsules surrénales*.

MESURES DE LA TÊTE[1]	1900, 1901, 1902 — janvier
Circonférence horizontale maxima	54.5
Demi-circonférence bi-auriculaire	35
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	39
Diamètre antéro-postérieur maximum	20
— bi-auriculaire —	12.5
— bi-pariétal —	14.5
— bi temporal —	11.5
Hauteur médiane du front	4.5

[1] Les mensurations de 1890 à 1899 se trouvent dans les publications antérieures.

La *mort* est due à une *syncope* provoquée sans doute par *l'hydropisie du péricarde*, qui ne s'était traduite par aucun symptôme, puisque le malade allait et venait comme d'habitude, avait mangé à son ordinaire, ne se plaignant de rien.

Poids des organes

Encéphale	1245	grammes.
Hémisphère cérébral droit	543	»
Hémisphère cérébral gauche	550	»
Cerveau	1093	»
Hémisphère cérébelleux droit	67	»
Hémisphère cérébelleux gauche	67	»
Bulbe et protubérance	18	»
Cervelet et isthme	152	»
Moëlle épinière	non prélevée.[1]	
Corps thyroïde	ABSENT	
Thymus	pas.	
Cœur	235	»
Poumon droit	230	»
Poumon gauche	215	»
Foie	1025	»
Rate	100	»
Rein droit	125	»
Rein gauche	125	»

Etude du squelette de Deb...; par G. Paul-Boncour.

(*Fig.* 15, 16 et 17).

Nous nous sommes attachés à relever un certain nombre de faits qui nous ont paru dignes d'attirer l'attention. Certes, beaucoup d'entre eux ont été signalés, mais on n'a pas toujours essayé d'en indiquer la genèse et d'en préciser le mécanisme.

Les modifications squelettiques consécutives à une affection morbide obéissent aux lois ordinaires de la mécanique normale. Seulement quand il s'agit d'interpréter les faits, il faut constamment tenir compte de l'influence pathologique qui les exagère ou les transforme. C'est ce que nous avons essayé de montrer. Pour bien mettre en relief les anomalies, les modifications, les arrêts de développement, nous avons jugé utile d'employer des mensurations exactes. En parcourant certaines descriptions de squelettes de myxœdémateux, on regrette que les auteurs se soient générale-

[1] Comme le corps ne devait pas être réclamé et que, *a priori*, la moelle pouvait être présumée *saine*, afin d'avoir le *squelette* en bon état, nous n'avons pas ouvert le canal rachidien.

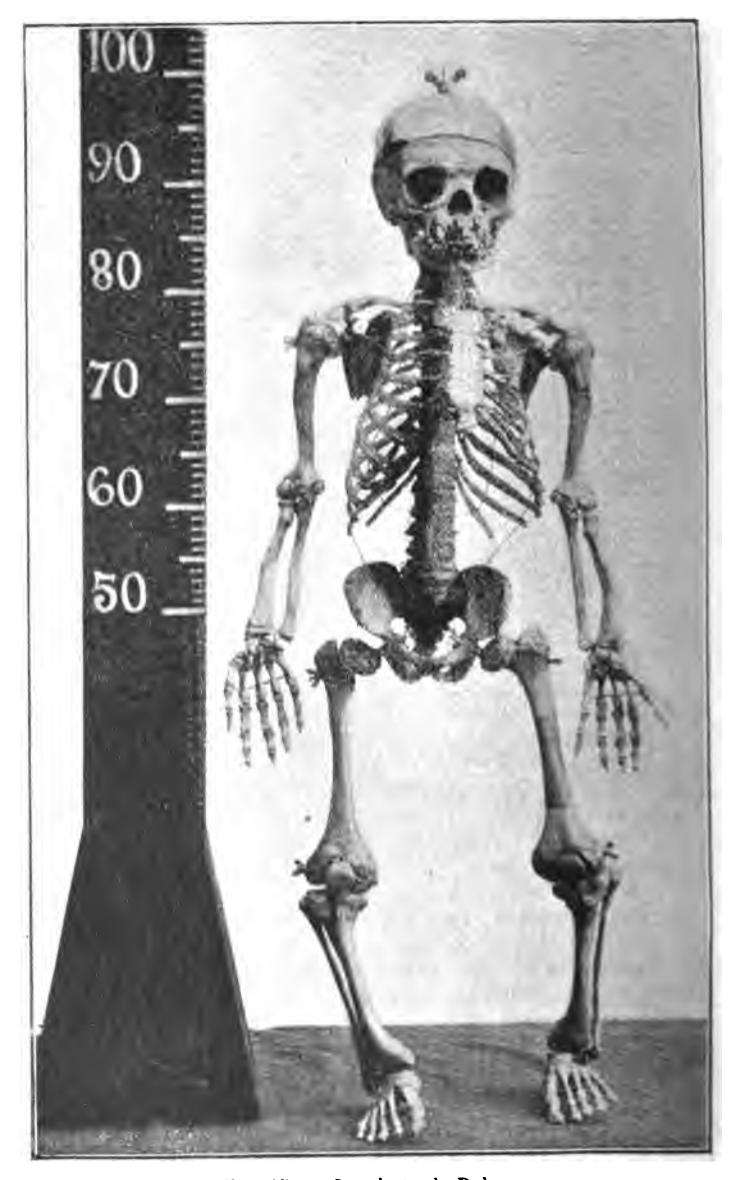


Fig. 15. — Squelette de Deb...

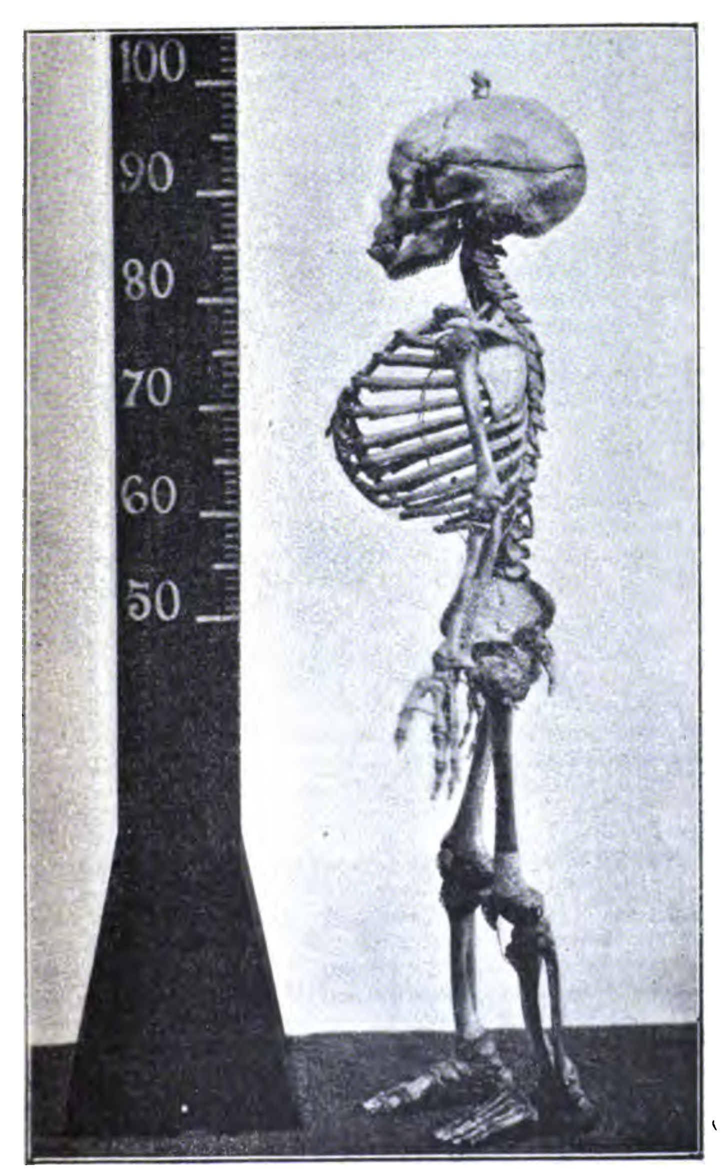


Fig. 16. — Squelette de Deb...

ment bornés à apprécier à vue d'œil le degré d'atrophie ou d'hypertrophie de telle ou telle partie. D'abord cela n'offre aucune garàntie en raison des erreurs qui en découlent indiscutablement; en second lieu, on ne peut comparer le cas particulier aux moyennes générales; enfin il n'est pas possible de comparer les divers cas de cette affection entre eux.

C'est dans ce but que nous avons autant que possible, mis en regard de nos remarques, des mensurations rigoureuses, afin de pouvoir les comparer, lorsque la chose était nécessaire, à des moyennes normales. Nous n'avons pas utilisé toutes les mesures que nous avons recueillies, mais nous les faisons néanmoins figurer dans ce travail pour permettre aux médecins, désireux d'employer une méthode exacte, de comparer leurs cas au nôtre [1]. Ajoutons enfin que la technique employée est celle qu'on enseigne et qu'on applique constamment au laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des Hautes Etudes.

Tête. — A première vue deux particularités s'imposent.

1° Le grand développement du crâne dans le sens antéro-postérieur; — 2° sa faible hauteur.

Précisons ces particularités par des mesures:

Le diamètre antéro-postérieur maximum est de 186 millimètres.

Le diamètre antéro-postérieur métopique de 184 millimètres.

La courbe partant de l'ophryon pour aboutir à l'inion égale 304 millimètres.

La hauteur totale du crâne est de 103 millimètres.

Cette dernière dimension est considérablement réduite et la vue du dessin stéréographique du crâne indique immédiatement la cause de cette déformation : il existe un abaissement considérable de la base crânienne tel que le trou auditif A correspond exactement au basion B (bord antérieur du trou occipital). Or, sur un crâne normal, ces deux points sont situés à des hauteurs différentes. La hauteur dn trou auditif au vertex est chez un individu normal d'environ 126 millimètres (Papillault). Dans notre cas, cette dimension est considérablement réduite et notons qu'elle représente également la hauteur totale du crâne par suite de la particularité que nous avons précédemment indiquée. Nous avons fait remarquer que le crâne a des dimensions considérables dans le sens antéro-postérieur: comparons nos mensurations à celles d'un homme moyen (Papillault); celui-ci présente un diamètre antéro-

[1] Le dessin au stéréographe qui figure ici a le double avantage de donner une reproduction fidèle du crâne, et de permettre à ceux qui ne disposeraient pas du crâne de compléter nos mensurations d'une façon rigoureuse. (Pl. III).

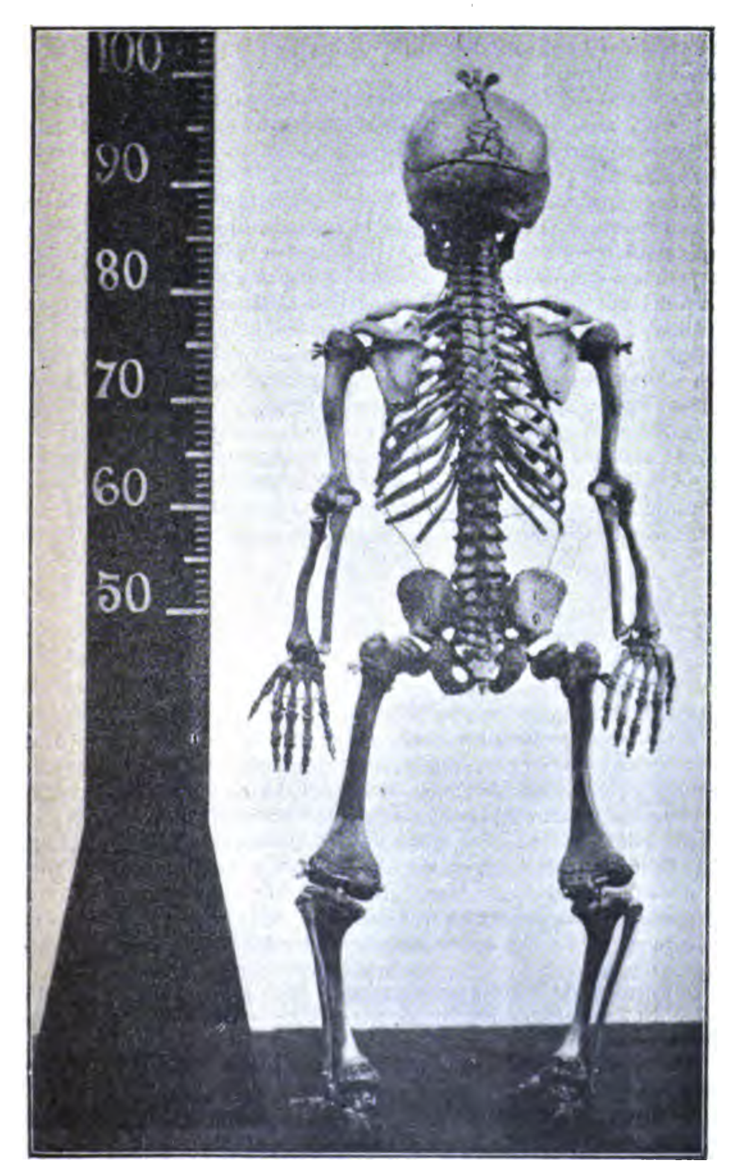


Fig. 17. — Squelette de Deb ..

postérieur maximum de 184,2 et un diamètre antéro-postérieur métopique de 182,9. Les dimensions du crâne de Debarg.. sont donc supérieures.

Le diamètre antéro-postérieur maximum part en avant de la glabelle, dont la saillie est précisément une cause importante de son augmentation. Or, chez notre sujet, cette saillie glabellaire fait défaut, ce qui n'empêche pas le diamètre maximum d'être encore supérieur à celui d'adultes normaux et à saillie forte. Remarquons encore que, malgré la faible saillle glabellaire, le diamètre métopique est inférieur au diamètre glabellaire. Cette constatation a son intérêt, car on voit écrit parfois que les myxœdémateux conservent un front infantile : c'est une erreur, tout au moins partielle. Il y a bien un caractère infantile : l'absence de la glabelle, mais il n'y a pas, comme chez l'enfant, la supériorité de diamètre métopique. Si la glabelle eût été prononcée, il eût existé une inclinaison considérable du front.

Examinons maintenant les dimensions transversales du crâne. Nous mettons entre parenthèses les dimensions correspondantes d'un individu normal. Le crâne de Deb... présente donc une légère diminution de ses diamètres transversaux. Mais elle est beaucoup moins marquée que celle des dimensions verticales de l'os.

Diamètre bilatéral frontal (distance entre le centre des deux bosses frontales)	63	(63,5)
Diamètre frontal minimum	100	(104,6)
Diamètre bilatéral pariétal	132	(139,8)
Diamètre tranverse maximum	137	(152,5)
Diamètre bimastoïdien	129	(131,2)

Examen extérieur de la voûte crânienne. — Toutes les sutures persistent y compris la suture métopique. Les sutures coronales sont peu compliquées : les dentelures sont courtes et régulières. Les temporaux ne sont nullement adhérents aux os circumvoisins et il suffirait d'une faible pression pour les détacher. La suture sagittale est plus irrégulière et a des dentelures plus compliquées. La suture lambdoïde est extrêmement compliquée et présente de nombreux os wormiens. A la partie terminale de la suture sagittale il y a cinq os wormiens dont trois sont volumineux.

Au niveau de la suture coronale, du côté droit il y a un certain nombre de petits os wormiens. Au voisinage du temporal il y en a deux grands.

Si l'on admettait l'opinion de certains anatomistes qui veulent voir dans les os wormiens un excès d'ossification, leur présence sur ce crâne resterait inexplicable. Mais nous savons grâce aux travaux de Manouvrier (*Variations normales et anomalies des os nasaux* in *Société d'anthropologie*, 1893) et de Papillault (*Suture métopique*,

id., 96) que les os wormiens sont la preuve que les os normaux ont été, à un moment donné, incapables de remplir leur rôle. Les parties membraneuses ont été envahies à la longue par l'ossification de centres supplémentaires, qui donnent les os en question. Pour un os crânien, cette impossibilité de suffire à la tâche peut provenir d'un manque de pouvoir ostéogénique, comme elle peut être engendrée par un excès de pression intra-crânienne (hydrocéphalie, volume relativement élevé de l'encéphale); le résultat est le même. Dans notre cas particulier, il y a une double raison pour que ces conditions se présentent : le myxœdème s'accompagne d'un trouble considérable du pouvoir ossificateur et, de plus, la boite cranienne renfermait une masse encéphalique relativement volumineuse puisqu'elle pesait 1245 grammes. Et n'oublions pas (ce qui est important) que le sujet n'avait qu'un mètre cinq centimètres de taille (1 m 05) et que son poids égalait 35 kilogr.

L'*os occipital* est légèrement saillant : il semble l'avoir été davantage lors des premiers examens de Deb... à son arrivée à Bicêtre, car la proéminence du bord supérieur de l'os avait attiré l'attention. La présence des os wormiens situés à ce niveau marquerait assez bien la persistance d'une partie membraneuse qui se serait ossifiée dans la suite à l'aide du processus supplémentaire que nous avons signalé plus haut. Cette saillie est en rapport avec la poussée que le poids encéphalique a fait subir à la base d'une façon générale et naturellement aux parties latérales voisines de cette base. C'est ainsi que le diamètre transverse est situé très bas et se confond presque avec le diamètre bimastoïdien.

Nous serions assez portés à attribuer une dépression située en arrière du bregma à l'inflexion de la base du crâne combinée avec la persistance anormale de la membrane fontanellaire. La fontanelle antérieure était encore ouverte lorsque Deb... avait vingt ans (voir observation) elle s'est donc obturée fort tard. Mais lorsqu'elle a été envahie par l'ossification, le cerveau avait déprimé la base crânienne et n'exercait aucune pression contre le paroi supérieure. Celle-ci a, d'ailleurs, une épaisseur considérable qui semble bien dénoter qu'aucune pression ne s'est opposée à l'ossification : mais dans ces conditions la membrane fontanellaire était déprimée et c'est dans cette situation qu'elle a été envahie par l'ossification. A ce niveau on retrouve d'ailleurs une transparence très nette de la calotte. Telles sont les raisons qui permettent d'émettre cette hypothèse sur la nature de cette déformation.

Base du crâne. — L'affaissement de la base du crâne méritait d'être mesurée exactement. C'est pourquoi nous avons dessiné avec l'aide de M. Papillault, professeur à l'École d'anthropologie, le crâne au stéréographe et mené les lignes qui permettent de mesurer d'une façon mathématique l'inclinaison des différentes

parties du crâne par rapport au plan orbitaire ou par rapport au clivus (Pl. III).

Voici nos valeurs angulaires et en regard celles d'un individu normal :

Angle clivo horizontal (1)	63°	—	70°8
Angle pétro clivien (2).	47°5	—	57°
Angle opistho clivien (3)	37°5	—	55°
Angle inioclivien (4).	58°5	—	59°5
Angle orbito horizontal (5)	157°5	—	149°9

On voit de suite l'exagération de la plupart de ces angles : en se reportant à la planche on en comprendra aisément la signification (Pl.).

Seul l'angle 5 que forme la paroi supérieure de l'orbite avec l'horizontale HH' est supérieur chez Deb...; et de fait en examinant la face endocranienne à ce niveau on s'aperçoit que l'enfoncement a lieu uniquement sur la ligne médiane d'ou la profondeur des fosses ethmoïdales (E). Les parties latérales (face supérieure de la voûte orbitaire) sont peu déprimées. Faut-il attribuer cela à la résistance offerte par l'appareil de la vision ? Ou bien le cerveau s'est-il appuyé de préférence dans le large intervalle fourni par la paroi supérieure des fosses nasales? Ou encore le cerveau s'est-il porté plutôt vers les parties postérieures de la base, comme l'indiquerait le front fuyant du malade et la saillie de l'occipital ? Toutes ces conditions peuvent d'ailleurs coexister.

Endocrâne. — Sur la voûte on remarque que les sillons destinés à recevoir les arborisations vasculaires sont extrêmement marqués. La large gouttière destinée à loger le sinus de Breschet est donc particulièrement profonde. Il en est de même des différentes dépressions ou excavations qui remplissent la face interne de la voûte cranienne. La mollesse du tissu osseux a permis aux organes de se mouler aisément sur la surface. Les trous qui traversent les parois sont la plupart du temps (surtout les trous vasculaires) démesurément larges.

Nous avons déjà parlé de la profondeur des fosses ethmoïdales. La lame criblée, très large, comme le sont d'ailleurs les fosses nasales, est située à deux centimètres au-dessous d'un plan s'appuyant sur la face supérieure des fosses orbitaires. On voit sur la planche cette différence de niveau : Or, représente la voûte orbitraire, E la fosse ethmoïdale. La partie médiane du sphénoïde est également déprimée et forme avec les petites ailes très relevées à leur partie externe une concavité supérieure : la partie déclive se continue avec les fosses ethmoïdales. L'aplatissement de cette partie a pour conséquence un léger aplatissement des trous optiques et une certaine étroitesse de la fente sphénoïdale.

Au niveau de l'étage moyen, on remarque que les trous ovale et

petit rond sont confondus. Les cloisons qui séparent ces trous sont d'abord cartilagineuses, puis elles subissent au fur et à mesure une transformation osseuse. Chez notre sujet le retard de l'ossification a laissé persister cet état fœtal. Il existe sur toute la surface endo-cranienne des éminences et des dépressions dénotant que l'activité périostée a cependant été suffisante pour produire de l'os, aux points où la pression encéphalique ne s'exerçait pas. D'ailleurs le retard de l'ossification est bien moins marqué et même parfois complètement absent dans les points où la croissance était interstitielle. Au niveau des sutures, le retard est plus accusé et surtout avait été très marqué au début, comme l'indique des faits de l'observation clinique (persistance de la fontanelle) et les particularités relevées au cours de notre examen (os wormiens). La suture sphèno-basilaire n'est nullement synostosée : il y a eu, à ce niveau, un arrêt complet de croissance, aussi la distance du basion à la suture n'est-elle que de 19 millimètres : c'est là la persistance d'un caractère véritablement infantile. Nous retrouverons cette différence entre les deux modes d'ossification encore plus prononcée au niveau des os des membres. Signalons aussi une particularité qui peut dépendre d'un défaut d'ossification : la partie antérieure de l'apophyse crista-galli n'est pas reliée au niveau de sa base à la face postérieure de l'os frontal : il y a un espace vide qui communique directement avec les fosses nasales. A ce niveau, les deux portions du frontal se terminent en formant une pointe en forme de V dont la pointe est dirigée en bas. Les deux portions qui constituent le frontal sont visibles et leur ligne de réunion sépare en deux parties égales l'angle limité par les branches contiguës des V osseux signalés à l'instant.

Face. — L'atrophie du massif facial est considérable : minceur des apophyses zygomatiques, faible développement de l'os malaire et du maxillaire supérieur, absence des arcades dentaires, tout cela est très marqué. Les quelques mesures suivantes permettent de s'en rendre compte.

Diamètre bizygomatique	119	millimètres
Diamètre bimalaire	97	»
Hauteur ophryo-alvéolaire	64	»
Distance du nasion à l'alvéole	53	»
Hauteur spino-alvéolaire	13	»
Largeur maxima de l'orifice nasal	23	»
Hauteur maxima de l'orifice nasal	25	»
Largeur interorbitaire	27	»
Largeur des os du nez à leur partie supérieure	13	»
Largeur des os du nez minima	10	»
Largeur à leur partie supérieure	18	»
Longueur externe des os nasaux	22	»
Longueur interne	15	»

Nous donnons de suite quelques-unes des dimensions normales de cette même région, indiquées par M. Papillault, dans son travail sur la suture métopique (*Mémoires de la Société d'Anthropologie*, 1896).

	CHEZ LES HOMMES	
	non métopiques	métopiques
Largeur interorbitaire.	25,0	27,16
Largeur supérieure des os nasaux. .	12,19	12,56
Largeur minima	9,24	9,08
Largeur inférieure	17,50	16,33
Longueur latérale.	22,88	23,62
Largeur maxima de l'orifice. . . .	23,99	23,91

Chez Deb... on voit immédiatement l'élargissement des diamètres transversaux de la région nasale, malgré la diminution de la hauteur de la région. En effet, nous avons vu que nos hauteurs étaient 64 millimètres pour la hauteur ophryo-alvéolaire, 53 millimètres pour la hauteur naso-alvéolaire.

Sur les crânes de Papillault les mêmes dimensions sont :

	POUR LES CRANES	
	non métopiques	métopiques
Diamètre ophryo-alvéolaire . . .	84,59	85,79
Diamètre naso-alvéolaire	68,94	70,05

La cause de cet élargissement est le résultat de deux mécanismes absolument différents, suivant qu'on considère la région supérieure ou la région inférieure de cette partie de la face. La partie supérieure est encore soumise à l'influence de la masse cérébrale. La non soudure de la suture métopique a donc permis l'écartement des deux parties de l'os frontal sous l'action de la masse encéphalique et de même que nous avons vu précédemment l'élargissement des fosses ethmoïdales, nous constatons l'élargissement du diamètre interorbitaire.

A la partie inférieure, l'élargissement de la région ne dépend que de l'arrêt de développement du maxillaire supérieur, l'écartement des deux bords antérieurs de l'apophyse montante n'est qu'un trouble d'évolution, c'est la persistance d'un état infantile.

On a remarqué aussi l'agrandissement des diamètres transversaux des os nasaux. Cela ne veut pas dire que ces os aient réellement des dimensions supérieures. C'est en vertu d'une adaptation particulière que cet élargissement se produit. Réunis par leurs bords internes, les os nasaux forment normalement un angle dièdre ouvert en arrière. Si la partie qu'ils ont à recouvrir s'élargit, leur angle s'ouvre et finalement, toujours réunis par leurs bords internes, ils forment ou peu s'en faut une surface plane. L'absence de l'angle dont la saillie forme le dos du nez est la raison de

l'aplatissement de la région chez le *myœdémateux*. Venant d'indiquer la cause de l'élargissement de l'espace interorbitaire, nous avons ainsi signalé complètement la raison d'être du faciès des myxœdémateux, souvent attribué à d'autres motifs par ceux qui ne se donnent pas la peine de mesurer et de comparer.

Ce qui est encore particulier, c'est l'absence complète des arcades alvéolaires. Il ne faut pas dire, comme on le fait parfois, leur disparition, puisque c'est un arrêt de développement.

A première vue, il semblerait que la voûte palatine fut considérablement agrandie transversalement et antéro-postérieurement, mais c'est l'absence de la saillie alvéolaire qui exagère cette impression.

Largeur de la voûte maxima.	42	mm.
Largeur minima.	33	»
Longueur de la voûte.	50	»

La largeur maxima est située à la hauteur de la première molaire, la largeur minima à la hauteur de la dernière molaire. Ceci indique donc la forme en fer à cheval de l'implantation des dents. Cette absence d'arcade dentaire n'a cependant pas empêché la poussée, tardive il est vrai, des dents (voir Observation) ; le fait est d'autant plus curieux qu'on fait souvent remarquer que les arcades sont liées à l'évolution dentaire, nous voyons un exemple pathologique de leur indépendance. Les dimensions orbitaires sont les suivantes :

Largeur	35
Hauteur	33

Le maxillaire inférieur nous fournit un exemple remarquable d'adaptation mécanique. Tout d'abord voici quelques dimensions :

Largeur bicondylienne	130	millimètres.
Largeur bigoniaque.	84	»
Largeur mentonnière	43	»
Hauteur symphysienne	27	»
Hauteur molaire	16	»
Longueur de la branche horizontale . . .	63	»
Branche montante, longueur	49	«
» » largeur	23	»
Angle de la mâchoire.	138°	
La face postérieure de la mâchoire (portion symphysienne) fait avec l'horizontale un angle de.	1270	

Chez Debar..., la mandibule s'est modifiée de façon à se mettre en rapport avec la mâchoire supérieure et pour cela : 1° elle s'est

allongée en exagérant l'ouverture de son angle; 2° les dents incisives ayant besoin de se mettre en contact avec les incisives supérieures, l'os s'est pour ainsi dire tordu, renversé en avant de manière que sa face postérieure (à la symphyse) regarde très obliquement en haut et en arrière. L'inclinaison de cette face forme avec l'horizontale l'angle que nous avons signalé.

Malgré ses faibles dimensions cet os s'est adapté à sa fonction masticatrice. C'est la démonstration pathologique de cette loi énoncée par M. Papillault (Homme moyen) : la mandibule est un os qui semble avoir fort peu d'autonomie, nul autre ne s'adapte plus rapidement aux exigences de sa fonction et aux organes qui le touchent de près.

Le *thorax* est aplati transversalement et le sternum est projeté en avant. La courbe des côtes est à peine accentuée. La déformation thoracique est en rapport avec celle de la colonne vertébrale qu'on a décrite dans l'observation prise durant la vie du sujet. Nous donnons néanmoins quelques mensurations, mais elles ont peu de valeur puisque les inflexions de la colonne ont disparu : on n'en a pas tenu compte en montant le *squelette*. Voici quelques mesures des régions thoracique et vertébrale :

Longueur de la clavicule (en projection) .	94	millimètres.
Diamètre biacromial	231	»
Diamètre postérieur du thorax (maximum)	195	»
Diamètre transverse (maximum)	165	»
Longueur du sternum.	145	»
Largeur (à la base) du sternum.	49	»
Colonne vertébrale. — Segment cervical.		
Longueur totale. . . .	91	»
Longueur en projection	87	»
Segment dorsal.		
Longueur totale. . . .	170	»
Longueur en projection	160	»
Segment lombaire.		
Longueur totale. . . .	121	»
Longueur en projection	118	»

Le *bassin* présente une petitesse remarquable, on peut en juger par les proportions suivantes :

Largeur maxima du bassin (bord externe des crêtes iliaques).	161	millimètres.
Largeur bi-iliaque (épines ant.-sup.). . . .	135	»
Largeur biiliaque intérieure	117	»

Hauteur maximum du bassin (ischion à crête iliaque)	117	millimètres.
Hauteur du promontoire au-dessus du pubis	49	»
Diamètre promontopubien	54	»
Diamètre transverse du détroit supérieur .	73	»
Diamètre oblique	68	»
Détroit inférieur :		
Diamètre sacro-sous-publien	46	»
Largeur biischiatique	45	»
Hauteur symphysienne	30	»
Hauteur de la face antérieure du sacrum (en projection)	72	»
Diamètre transverse du corps de la troisième vertèbre lombaire	36	»
Hauteur du corps de la première lombaire.	11	»

Par la *vue du squelette* (*fig.* 15, 16 et 17) et par l'examen des mesures récédentes, on s'aperçoit qu'on se trouve en face et d'une cage ıoracique étroite et d'une colonne lombaire courte et d'un bassin étréci dans tous les sens : cette disposition explique la saillie abdoıinale considérable toujours signalée chez les myxœdémateux. Il y peut-être de la faiblesse des parois abdominales, mais il y a aussi t surtout un manque de proportions entre les parois osseuses et le éveloppement du système viscéral. Celles-là servent normalement supporter et à contenir les viscères, mais si leurs dimensions les endent insuffisantes, il est tout naturel que la masse contenue asse saillie en avant, puisque c'est la seule direction où cela leur oit possible.

On relève sur le *bassin* un certain nombre de points encore carlagineux, par exemple les épines iliaques antérieures et inférieures. a cavité cotyloïde est cartilagineuse et incomplètement formée petite profondeur, absence de sourcil, élargissement par défaut 'ossification). L'épaisseur des os est normale.

Membres. — Tous les cartilages persistent sur les os des membres epuis leurs racines jusqu'à leurs extrémités, une légère traction uffit à décoller les épiphyses.

La forme de l'*humérus* est légèrement modifiée à sa partie suérieure. Alors que le reste de l'os à une direction normale, il est égerement incurvé en dedans et en arrière au voisinage de la ête humérale, comme s'il avait cédé sous l'influence d'une presion s'exerçant de haut en bas. La tête humérale, peu saillante, est léplacée de haut en bas, de façon que le point le plus élevé est 'extrémité supérieure du grand trochanter. Nous n'essayerons pas l'interpréter d'une façon formelle la genèse de cette déformation, nais nous ferons remarquer que les insertions du grand pectoral, lu grand rond, du deltoïde, sont bien marquées, avec des rugo-

sités nombreuses et saillantes et que leur action a pour résultat de presser la tête humérale contre la face articulaire de l'omoplate. La gouttière bicipitale manque.

Voici quelques mensurations :

Omoplate :		
Longueur totale	101	millimètres.
Largeur totale	62	»
Humérus :		
Diamètre vertical de la tête humérale	39	»
Diamètre antéro-postérieur	37	»
Longueur de l'humérus	176	»
Circonférence minima	50	»
Largeur bicondylienne	50	»
Radius :		
Longueur (sans l'apophyse styloïde)	139	»
Longueur du cubitus	154	»
Circonférence minima du radius	31	»
» » du cubitus	33	»
Longueur du squelette de la main	123	»
Fémur :		
Epaisseur du col	26	»
Hauteur	31	»
Angle du col	110°	
Obliquité de la diaphyse	13	»
Longueur maximum totale	250	»
Longueur maximum trochantérienne	249	»
Longueur totale en position	242	»
Circonférence minima	58	»
Pilastre. Diamètre antéro-postérieur	19,5	»
Pilastre. Diamètre transversal	17	»
Largeur bicondylienne	71	»
Platymérie. — Diamètre antéro-post	16	»
» transversal	23	»
Tibia :		
Longueur du tibia (sans la malléole interne	190	»
Circonférence minima	52	»
Diamètre antéro-postérieur au niveau du trou nourricier	18	»
Diamètre transverse	20	»
Longueur totale du pied	162	»

L'extrémité supérieure du *fémur* est à peine formée : le grand trochanter est très mince et la sphère articulaire est remplacée par une surface uniquement cartilagineuse. Le col est très fermé, aussi quand on mesure la longueur de l'os, on constate que la longueur totale se confond presque avec la longueur trochantérienne. Le

reste de l'os ne présente pas de déformations susceptibles d'être étudiées. Le pilastre est assez prononcé et il existe un élargissement sous-tronchantérien de l'os.

Il y a une déformation très prononcée du *plateau tibial*. Alors que la cavité glénoïde externe regarde en haut, l'interne regarde obliquement en haut, en dedans et en arrière. Elle est en même temps à un niveau très inférieur par rapport à l'externe.

De cet affaissement il résulte : 1° que la surface articulaire de l'os est elle-même extrêmement oblique; 2° que la face interne de l'os, au voisinage de la partie articulaire, présente une incurvation résultant du déplacement et du tassement de la tubérosité interne.

Quelle est la cause de cette déformation? Il nous est impossible de trouver une explication satisfaisante : on ne voit pas par suite de quel mécanisme le condyle interne du fémur aurait subi une augmentation de volume, tandis que la partie correspondante du tibia aurait subi un effondrement? ou par suite de quel processus l'extrémité inférieure du fémur restant normale, ainsi que la partie externe de l'extrémité supérieure du tibia, la partie interne de ce dernier os s'est déformée? Le péroné a-t-il augmenté la solidité de la partie externe? On ne peut que faire des suppositions.

Une dernière remarque. — De l'étude et de la comparaison de nos chiffres il se dégage un fait absolument particulier. Relativement à leur épaisseur, la longueur des os est extrêmement faible : alors qu'il y a eu un retard, on pourrait même dire un arrêt de croissance en longueur, la croissance en largeur est beaucoup moins et quelquefois nullement atteinte. Ces deux croissances ne sont nullement parallèles, puisqu'on a des os dont la longueur rappelle celle d'un enfant en bas âge, mais dont le volume est celui d'un adolescent, presque d'un adulte. *Cette dysharmonie entre les deux modes d'accroissement osseux, l'un par les cartilages de conjugaison, l'autre par le périoste, est une caractéristique de l'affection.* Nous l'avions déjà constatée sur le crâne, nous la retrouvons ici absolument nette.

PLANCHE III. — Or, voûte orbitaire. — N, nasion. — H, H, plan orbitaire horizontal, passant par le centre de l'orbite et le trou optique, *Op*. — CC, plan du clivus. — *Ow*, os wormiens. — R, plan du rocher. — La ligne indiquée sans lettre, entre le plan orbitaire (H, H) et le plan du rocher (R), répond au plan de l'inion. — *op*, plan du trou occipital. — Les signes XX répondent aux bosses frontales et pariétales. — E, fosse ethmoïdale. — T, fosse temporale. — R, bord supérieur du rocher. — , trou auditif. — B, basion (bord antérieur du trou occipital).

[1] Voir sur les os du crâne des myxœdémateux infantiles nos autres observations : Compte rendu de 1891, p. 35 ; — 1894, p. 35, etc.

Recherche de la mucine dans la peau d'un myxœdémateux; par M. Berthoud, pharmacien en chef de Bicêtre.

On a noté à l'autopsie de certains myxœdémateux l'existence d'une infiltration gélatineuse du tissu cellullaire sous-cutané, infiltration dont la consistance serait due à une substance mucinoïde. On a, de plus, constaté dans certains cas la présence de mucine dans tous les tissus, y compris le sang. Il est donc intéressant de chercher, chaque fois que l'occasion s'en présente, à vérifier ces notions, afin de pouvoir établir s'il s'agit là d'un fait général ou non.

A cet effet, un lambeau de peau, mesurant environ 270 centimètres carres, a été prélevé à la partie antéro-supérieure gauche du thorax (région sous claviculaire). Cette peau, glabre, est doublée d'un pannicule adipeux abondant, dont l'épaisseur varie de 10 à 15 millimètres. Il n'y a pas d'infiltration gélatineuse du tissu cellulaire sous-cutané, sauf pourtant en deux points eloignés l'un de l'autre, où se montrent deux caillots jaunâtres, tremblants, de la grosseur d'une lentille. Ces deux caillots n'avaient pas été aperçus lors du détachement du lambeau cutané sur le cadavre ; c'est vingt-quatre heures, après qu'ils ont été remarqués, soit qu'ils aient échappé au premier examen d'ailleurs rapide, soit qu'ils aient apparu postérieurement par suite d'une altération cadavérique.

Voici la marche suivie pour la recherche de la mucine.

La peau proprement dite, débarassée aussi bien que possible de la graisse sous-jacente, a été hachée et épuisée à l'eau froide à plusieurs reprises. Les diverses macérations réunies après filtration ont été prudemment additionnées d'une petite quantité d'acide acétique, ce qui produisit un précipité blanc immediat peu abondant, qui, reçu sur filtre, lavé à l'eau acétifiée, séché et pesé, s'éleva à 0 gr 032 pour 20 gr. 30 de peau mise en œuvre, soit 0,157 pour 100 grammes.

D'autre part, le marc de macération fut maintenu, baignant dans quantité suffisante d'eau distillée, à la température d'ébullition pendant une heure, puis maintenu à l'autoclave vers 105° pendant une autre heure. La filtration, assez rapide, donna un liquide opalin ; ce filtrat, augmenté des eaux de lavage, qui passèrent très-lentement, fut traité par l'acide acétique en quantité moderee, ce qui détermine d'abord un louche laiteux, qui au bout de quelque temps se condense en un dépôt floconneux blanc, surnagé par un liquide clair. Ce dépôt, après dessication, fut trouvé égal à 0 gr. 0675 soit 0 gr. 332 pour 100 grammes de peau.

Ainsi la macération et la décoction donnent à froid un précipité par l'acide acétique. Or, c'est là un des principaux caractères de la mucine, et c'est en la précipitant par l'acide acétique qu'on l'isole

néralement : lorsque, dans un liquide albumineux, cette réaction produit, on est conduit à soupçonner la présence de mucine. ais il faut contrôler cette indication en s'adressant à une autre opriété de ce corps, décisive celle-là, et qui consiste dans la mise liberté d'un sucre réducteur lorsqu'on hydrolyse vers 100° une lution de mucine par les acides minéraux.

Nous avons donc pratiqué cet essai sur le précipité obtenu par cide acétique dans le décocté filtré de 11 gr. 923 de peau hachée. précipité lavé, a été délayé dans 200 centimètres cubes d'eau dis-lée par l'acide sulfurique à raison de 5 p. 100. et transvasé dans tube à essai qui a été maintenu au bain-marie bouillant au là d'une heure. Puis ce liquide a été neutralisé, et essayé à la ueur de Fœhling. Celle-ci n'a pas été modifiée, ce qui indique bsence de sucre réducteur, et par suite de mucine dans le liquide sayé.

La même opération a été pratiquée sur le filtrat obtenu lors de séparation sur le filtre du précipité déterminé par l'acide acéti-e dans la macérationd e peau hachée. Il se pouvait, en effet, qu'il passé en solution des corps voisins de la mucine, sinon la ucine elle-même qui n'est pas toujours facilement rendue insolu-e par l'addition d'acide acétique. Le produit d'hydrolyse neutra-é n'a pas réduit la liqueur de Fehling.

Nous ne sommes donc pas, devant ce résultat négatif, autorisés conclure à la présence en quantité appréciable de la mucine ou un mucoïde quelconque dans l'échantillon de peau examiné.

Examen histologique ; par M. Cl. Philippe.

L'examen histologique a été pratiqué sur plusieurs circonvolu-ons choisies dans les principales régions de l'écorce cérébrale : r exemple, au niveau des lobes frontal, occipital et rolandique bule paracentral). Pour le dire dès maintenant, l'emploi com-né des méthodes usuelles (méthodes de Weigert-Pal, de Nissl, de archi : fuchsine picriquée de van Gieson ; picro-carmin ammo-acal ; éosine-hématoxylique), a permis de relever, sur la presque talité des coupes, les lésions suivantes : méningites, atrophies llulaires, légère sclérose névroglique des régions superficielles l'écorce cérébrale.

Méningite. — Cette méningite n'est nulle part très intense, un peu us marquée au niveau du lobule paracentral que partout ailleurs. s'agit uniquement de *leptoméningite*. avec participation, sensible-ent égale, des deux membranes molles, arachnoïde et pie-mère. L'évolution fibro-plastique n'est pas très accusée ; ainsi, on ne ncontre en aucun point ni les végétations volumineuses, ni les

couches denses de tissu fibreux, qui se voient toujours dans les cas de méningite franchement scléreuse. Chez Deb..., les feuillets extrêmes, interne et externe, sont simplement plus épais qu'à l'état normal; toutefois, ces feuillets se soudent intimement l'un à l'autre, quand ils s'engagent dans les petits sillons, de manière à constituer une membrane assez forte. De même, les travées intermédiaires, très développées, sont sclérosées, et elles cloisonnent les espaces sous arachnoïdiens en une infinité de logettes actuellement vides de tout contenu. Surtout, le réseau vasculaire est riche, quelle que soit la région examinée; artérioles et veinules ont des parois, moyennes et externes, assez épaissies souvent, bien que les tuniques internes ne présentent pas de grosses modifications. Ces néoformations vasculaires peuvent être suivies dans toute l'écorce sous-jacente, jusqu'à une certaine profondeur.

Cellules nerveuses. — Les cellules nerveuses ne sont pas intactes. Dans les régions où le processus pathologique paraît bien avoir atteint son maximum de développement (lobule paracentral, circonvolutions frontales), les cellules ne sont plus tassées à la suite les unes des autres, de manière à former les colonnettes bien connues, qui sont étagées dans toute la hauteur de l'écorce cérébrale; au contraire, elles sont certainement diminuées de nombre, et elles se disposent fréquemment en petits amas ou en chaînettes courtes.

De plus, toutes ces cellules sont *peu différenciées*, à tel point qu'il devient difficile de distinguer les couches qui apparaissent si nettement à l'état normal, dans la région rolandique par exemple. Ainsi, les pyramidales, grandes et moyennes, sont tres peu nombreuses dans les couches dites profondes, là où ces éléments sont d'ordinaire si faciles à reconnaître sur des circonvolutions saines. Bref, la plupart des cellules ne dépassent guère le volume des petites pyramidales, et encore beaucoup de ces dernières ressemblent-elles plutôt à des neuroblastes.

Cet état de *dysgénésie* est plus évident, quand on examine les coupes aux forts grossissements. Ainsi, les cellules ont des prolongements petits, grêles, peu nombreux, difficiles à suivre sur une grande longueur; les masses protoplasmiques sont minces, peu compactes, souvent fissurées, difficilement colorables à l'aide de l'éosine ou du picro-carmin. peu chargées en corpuscules de Nissl; les noyaux sont petits, faiblement teintés après action du bleu polychrome d'Unna.

D'ailleurs, des lésions du même type se retrouvent sur les éléments cellulaires autres que les pyramidales. Ainsi. *toutes les couches de l'écorce cérébrale contiennent moins de cellules qu'à l'état normal;* en outre, les cellules encore existantes, sont petites, déformées, manifestement arrêtées dans leur développement, si bien

que beaucoup d'entre elles rappellent plutôt la morphologie et la structure générale des neuroblastes.

Dans les autres régions (lobe occipital, par exemple), le processus pathologique n'a pas atteint un développement aussi accusé. Toutefois, si l'on prend la peine d'examiner un certain nombre de colonnes cellulaires, on rencontre aisément, çà et là, sur une étendue plus ou moins considérable, des zones où l'agencement des cellules, de même que leurs caractères structuraux, reproduisent absolument tout ce qui vient d'être dit pour les circonvolutions du lobe frontal et du lobule paracentral.

Fibres nerveuses. — Etant donné les lésions cellulaires précédentes, les fibres nerveuses ne sauraient être intactes. Partout, on note une diminution de nombre des tubes nerveux, qu'il s'agisse des couches tangentielles ou des fascicules radiaires. Mais cette diminution de nombre ne va jamais jusqu'à la disparition totale des fibres qui se retrouvent, encore assez nombreuses, dans toutes les zones de l'écorce cérébrale, depuis la zone d'Exner jusqu'au centre ovale proprement dit. En outre, les fibres nerveuses, examinées isolément, sont plus grêles qu'à l'état normal, même quand il s'agit des fibres relativement grosses, qui entrent dans la constitution des fascicules radiaires. En un mot, on retrouve au niveau des tubes nerveux la *dysgénésie* ou l'arrêt de développement si évident pour les cellules nerveuses.

Sclérose névroglique. — Malgré les altérations parenchymateuses, si accusées, qui viennent d'être décrites, le tissu névroglique n'a pas subi des modifications bien considérables. Sans doute, la couche névroglique immédiatement sous-pie-mérienne est épaissie, plus dense qu'à l'état normal; ses fibrilles, finement ondulées, contractent çà et là quelques adhérences avec les feuillets de la méninge voisine; mais, partout ailleurs, les éléments névrogliques, cellules et fibrilles, conservent leur disposition habituelle. En résumé, à part la légère sclérose des régions tout-à-fait superficielles de l'écorce cérébrale, la névroglie ne paraît pas avoir pris une part bien considérable à l'évolution du processus pathologique.

Réflexions.

I. Nous n'avons pas à revenir sur les *symptômes cliniques*, que nous avons minutieusement décrits dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1889 [1], — Deb..., nous le répé-

[1] Deb... est entré dans le service en février 1890. Mais en raison de l'importance de son observation, nous l'avons insérée à la fin du *Compte rendu* de 1889 qui allait paraître.

tons, était un des plus beaux types d'idiotie myxœdémateuse que nous avons observé. Les figures 12, 13 et 14, — jointes à celles que nous avons données en 1889 et en 1896, ne laissent aucun doute à cet égard.

II. Le *traitement thyroïdien* en *julep*, puis en *injections sous-cutanées* n'avait produit, chez lui, aucun résultat. Appliqué en *ingestion stomacale* en juin et juillet 1895, la taille n'a gagné que *deux centimètres et demi* (1896). Bien que, en raison des phénomènes graves occasionnés par le traitement nous n'ayions pas cru devoir le reprendre, la taille, stationnaire en 1897, s'est élevée à 97 centimètres en 1898, s'y est maintenue en 1899 et 1900, puis est montée successivement à 99 centimètres, à *un mètre* (1901), enfin à 1 m. 05 en 1902. Elle n'en était pas moins à 63 centimètres au-dessous de la taille moyenne à son âge (36 ans), qui est de 1 m. 68 : *nanisme myxœdémateux*.

III. Sous l'influence du traitement, et sans doute aussi de l'âge, la *fontanelle antérieure*, qui persistait encore il y a quelques années, s'est fermée et, à l'autopsie, nous avons trouvé à sa place une plaque osseuse transparente.

IV. Bien que Deb..., fût âgé de plus de trente-six ans, la *puberté*, chez lui, ne s'était pas développée. La face, les aisselles, le corps étaient à peu près tout à fait glabres. Il n'existait que quelques poils au pénil, les organes génitaux étaient restés infantiles, et jamais il n'a manifesté d'impulsions génitales.

V. La *température rectale* de Deb... était d'habitude, comme chez tous nos myxœdémateux, au-dessous de la normale. Au moment de la mort, presque foudroyante, elle était descendue à 34°. Ce cas d'*hypothermie* s'ajoute à ceux que nous avons consignés dans maintes publications, entre autres dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1901 (p. 167). A un moment, après la mort, elle a même été au-dessous de la température du milieu ambiant.

VI. La *description du squelette*, peut-être la première aussi détaillée, l'*analyse chimique de la peau*[1], l'*examen*

[1] Voir une analyse semblable de MM. Yvon et Thabuis (*Compte rendu* de 1886, p. 46); de M. Requier (*Compte rendu* de 1889, p. 99 et de M. Cornet (*Compte rendu* de 1894, p. 122).

histologique du cerveau[1] font de cette observation l'une des plus complètes, sinon la plus complète, qui ait été publiée jusqu'à ce jour *mateuse*.

VII. Depuis 1880 jusqu'à ce jour, il a toujours existé dans le service quelques cas de *myxœdème infantile*. De là, un certain nombre de publications personnelles que nous croyons devoir rappeler à la fin de cette observation :

1° *Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème ou cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1880, p. 16 (en collaboration avec d'Ollier); — 2° *De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique ou idiotie crétinoïde*. Compte rendu de 1886, p. 3 (en collaboration avec P. Bricon); — 3° *Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique; idiotie crétinoïde ou idiotie myxœdémateuse*. Compte rendu de 1888, p. 3; — 4° *De l'idiotie avec cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1889, p. 51, et *Association française pour l'avancement des sciences* (août 1889); — 5° *Nouvelle observation d'idiotie myxœdémateuse ou cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1889, p. 172; — 6° *Nouvelle contribution à l'étude de l'idiotie myxœdémateuse*. Compte rendu de 1890, p. 206 (*Congrès de médecine mentale de Rouen*); — 7° *Etat du squelette d'un malade atteint d'idiotie myxœdémateuse*. Compte rendu de 1891, p. 34; — 8° *Idiotie myxœdémateuse*. Compte rendu de 1894, p. 92; — 9° *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne*. Compte rendu de 1895, p. 167, et *Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux*, t. II, p. 178; — 10° *Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1896, p. 49. *Communication faite à la Société de Biologie*, séance du 15 mai 1896; — 11° *Cinq cas d'idiotie myxœdémateuse* (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1897, p. 32; — 12° *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité chez les idiots myxœdémateux, obèses ou atteints de nanisme* (Congrès des aliénistes et neurologistes de Nancy, 1896, t. II, p. 372); — 13° *Myxœdème infantile* (*Communi-*

[1] Un de nos anciens internes, M. Pilliet, nous a donné un examen histologique du cerveau de Cab... (myxœdémateux) et de sa peau (*Compte rendu* de 1889, p. 97). — Du même auteur : *Encéphalites chroniques de l'enfance* (*Ibidem*, p. 113).

cation faite au Congrès international de médecine de 1900, *section de neurologie*); — 14° *Idiotie myxœdémateuse; traitement thyroïdien; observation de Félicie T...* Compte rendu de 1900, p. 22. — Toutes ces observations ont été illustrées de nombreuses *figures* et de *planches*.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Nouvelle contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux. Atrophie papillaire et décollement de la rétine ;

PAR LES DOCTEURS

P. KERAVAL ET G. RAVIART
Médecin en chef des Asiles de la Seine. — Médecin adjoint de l'Asile d'Armentières.

Nous avons dans un premier travail[1] étudié les différents stades des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale. Nous rapportons aujourd'hui l'observation d'un paralytique qui, outre une atrophie papillaire bi-latérale, présentait un vaste décollement de la rétine de l'œil droit; nous pensons que la publication de ce cas rare apportera une contribution utile à l'étude commencée par nous.

Mar... A., trente-huit ans, rattacheur, marié, père de deux enfants, entre à l'asile des aliénés d'Armentières le 8 juin 1901. présentant la plupart des signes de la paralysie générale. C'est un syphilitique et un alcoolique invétéré. Deux ans avant l'entrée à l'asile, il a perdu la vue : ce n'est qu'un an plus tard que les troubles mentaux apparurent, caractérisés qu'ils étaient par un simple affaiblissement des facultés intellectuelles; plusieurs mois après se montrent des idées délirantes de jalousie : « sa femme a des amants, elle leur donne de l'argent », de persécution « on lui en

[1] Keraval et Raviart. *L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions anatomiques initiales et terminales* (*Archives de Neurologie*, 1903, n° 85).

: ses aliments sont empoisonnés ». Il ne dort plus, s'excite
mmeut, menace de tuer sa femme, se jette sur elle, puis se
e en chemise dans la rue, brise tout etc. On doit l'interner. A
rée, il est excité; toujours persécuté, il cherche à fuir, refuse
nanger, aussi doit-on l'alimenter à la sonde. Etat démentiel
acultés, dé-orientation absolue.

gnes physiques de la paralysie générale. Faciès sans expres-
tremblement fibrillaire de la langue, embarras de la parole
téristique; tremblement des mains. Réflexe rotulien exagéré.
es phy-iques de dégénérescence. Athérome artériel.

mplètement aveugle, très affaibli, gâteux, Mar... doit être im-
atement alité.

xamen ophtalmoscopique est pratiqué le lendemain de l'entrée
nne les résultats suivants :

il gauche : *atrophie papillaire blanche.*

il droit : décollement de la rétine s'étendant à tout l'hémisphère
ieur et à une partie de l'hémisphère supérieur rendant ainsi
pille totalement invisible.

nant à peine debout, Mar... est resté alité pendant toute la
e de son séjour à l'asile; il s'affaiblit peu à peu et mourut dans
arasme treize mois après son entrée.

TOPSIE. — Le corps est très amaigri. La région sacrée présente
vaste eschare. On distingue sur la face antérieure de la verge
ace fort nette d'un chancre syphilitique.

calotte cranienne est d'épaisseur moyenne, et présente au
u des pariétaux. au voisinage de la ligne médiane, de profon-
dépressions dues aux granulations méningiennes de Pacchioni.

a *dure-mère* a un aspect normal. — La *pie-mère* extrêmement
ndue par du liquide d'œdeme est congestionnée, son aspect
actescent. Elle se détache assez facilement de l'écorce céré-
non sans entrainer toutefois en de nombreux points un peu de
tance grise.

ndis que l'on enlève le cerveau, il s'écoule une très grande
tité de liquide céphalo-rachidien.

l'examen de la face inférieure de l'encéphale, nous pouvons
ater la quasi intégrité des *vaisseaux*, il n'y a pas d'athé-
apparent. Les *nerfs optiques* apparaissent très atrophiés;
coloration est grisâtre, le *chiasma* présente le même aspect.

s *circonvolutions cérébrales* qui ne semblent pas très atrophiées
le siège de nombreuses érosions caractéristiques. La substance
est légèrement ramollie surtout au niveau de l'extrémité
rieure des lobes temporaux. Pas d'autre lésion de la subs-
blanche qu'un léger piqueté hémorrhagique. Les *ventricules*
ux sur les parois desquels on observe de nombreuses granu-
as, sont distendus par le liquide céphalo-rachidien.

La *moelle épinière* ne présente pas d'altérations macroscopiques.

En somme lésions caractéristiques de la *paralysie générale*.

Les YEUX énucléés quelques heures après la mort ont été fixés dans le formol, inclus dans la celloidine et coupés parallèlement au méridien vertical de façon que les coupes de l'œil droit intéressent à la fois la partie de la rétine décollée et l'autre partie.

Nos coupes ont été traitées par de nombreux procédés de coloration, mais c'est surtout à l'hématoxyline à l'alun que nous nous sommes adressé pour la coloration des noyaux, au mélange de Van Gieson pour celle du tissu conjonctif et des cylindraxes.

ŒIL DROIT. — C'est sur des préparations intéressant à la fois le nerf optique à son entrée dans le globe de l'œil, la papille en sa partie centrale et la rétine en ses parties supérieure siège du décollement et inférieure non décollée que nous étudierons les lésions présentées par l'œil droit. Nous passerons successivement en revue chacun des éléments : le *nerf optique* présente une prolifération très accusée de ses éléments conjonctifs et névrogliques ainsi qu'on peut s'en rendre compte à l'examen de notre première figure; les espaces interfasciculaires (1 *fig.* 1) sont particulièrement riches en noyaux : ceux-ci appartiennent pour la plupart à des cellules de névroglie. Les éléments du tissu conjonctif dont beaucoup semblent provenir du tissu conjonctif choroïdien sont également très proliférés. Ils sont du fait de leur origine dirigés surtout transversalement; cette prolifération est surtout marquée au niveau de la *lame criblée* où tout élément nerveux a disparu.

A mesure que nous approchons de la papille, le nombre de ces éléments augmente; au très grand nombre de noyaux qui semblent nés sur place, viennent se joindre en 2 (*fig.* 18) par exemple des noyaux conjonctifs provenant de la partie interne de la choroïde de sorte que la *papille* (3 *fig.* 1) présente un état de sclérose déjà avancé; il n'est plus possible d'y distinguer de fibres optiques et il n'entre plus dans sa structure que quelques fibrilles conjonctives néoformées noyées dans la masse des noyaux conjonctifs et névrogliques. Ce sont là en somme les lésions du dernier stade de l'atrophie papillaire des paralytiques généraux : nous les avons étudiées en détail dans notre premier travail, aussi comprendra-t-on que nous n'insistions pas davantage ici.

Les *vaisseaux* (4 et 5 *fig.* 18) ont leur paroi peu épaissie, ils sont entourés d'un tissu conjonctif, abondant, toutefois, il ne semble pas qu'il jouent ici un rôle prédominant dans la production de la sclérose.

La *rétine* présente dans ses parties avoisinant la papille (6 et 7 *fig.* 18) des lésions de même intensité que celles que nous avons

ites à ce niveau, et les fibres et cellules nerveuses des couches espondantes ont disparu pour faire place aux éléments con-tifs et névrogliques proliférés. A mesure qu'on s'éloigne de la lle, ces lésions si marquées de sclérose diminuent peu à peu ensité; la sextuple rangée de cellules conjonctives et névrogli- qui aux abords de la papille occupe la couche des fibres ner-es, devient moins dense, mais d'autres lésions plus intéres-es s'offrent alors à notre observation; elles sont particulière-t marquées à un demi centimètre environ de la papille dans nisphère supérieur : c'est en ce point que nous allons les étu-

les trouvera figurées aussi exactement que possible dans second dessin représentant une coupe transversale de la e et de la choroïde au niveau du décollement. Voyons succes-nent chacune des couches et étudions les modifications qu'elle subir :

limitante interne (1, *fig.* 19) est épaissie, elle mesure plus de μ: d'épaisses fibres de Muller 2 (*fig.* 19) en partent, on les d'abord se diriger presque horizontalement puis s'infléchir descendre verticalement vers les couches externes de la retine. *couche des fibres nerveuses*, ne semble plus contenir de fibres ques intactes, elle présente des lésions extrêmement accusées ont jusqu'a la désintégration complète des éléments et abou-t à la production d'espaces lacunaires assez étendus comme par exemple. Les noyaux conjonctifs et névrogliques y sont abondants, on les rencontre surtout autour des petits vais-x qui en 5 par exemple présentent une notable hypertrophie de parois.

couche ganglionnaire présente des altérations extrêmement cées. Non seulement il est impossible de découvrir une seule le nerveuse saine, mais en maint endroit, toute trace d'élé-noble a complètement disparu. Les logettes qui les conte-t apparaissent au contraire avec évidence, on les voit parti-rement bien sur notre *figure* 19 et on peut en certains points urer que les fibres de Muller contribuent à la formation de parois. Quelques-unes de ces loges sont vides, mais la plu-contiennent ou bien des cellules de névroglie à noyau volumi-demeurées là après la destruction de la cellule nerveuse, ou ques débris de la cellule disparue : un noyau sans nucléole, é et incolore, ou bien encore comme en 3 par exemple deux ux accolés, encore nucléolés faiblement colorés semblant être stige d'un essai de multiplication d'une cellule nerveuse irri-

s éléments fibrillaires de la *couche moléculaire* sont diminués ombre et les mailles de son plexus sont beaucoup moins ser-que normalement.

La *couche granuleuse interne*, épaisse de 50 μ a quelques-



Fig. 18. — Coupe longitudinale de la papille et du nerf optique. Grossissement : 80 diamètres.
Lésions d'atrophie papillaire. En 1 amas nucléaires interfasciculaires ; en 2 éléments conjonctifs venant de la choroïde ; en 3 papille sclérosée ; en 4 artères centrale ; en 5 veine, en 6 et 7 rétine : couche des fibres nerveuses envahie par de nombreuses cellules conjonctives et névrogliques.

uns de ses éléments plus ou moins désagrégés à noyau gonflé et incolore ; ils prédominent dans la partie externe.

Les altérations présentées par la couche *intergranuleuse* sont des

is intéressantes. Nous nous trouvons ici en présence de la lésion crite sous le nom de sclérose en arcades de la rétine. Cette cou-e, qui atteint ici une épaisseur considérable : 70 µ. a, par te de la « métamorphose régressive » des éléments nerveux de rétine, métamorphose fréquente dans les cas de décollement, du tout le fin réticulum de fibrilles nerveuses, qui la constitue rmalement; de sorte qu'il ne reste plus que les fibres de Muller *fig.* 19) formant autant de colonnes verticales épaisses de 1 à 2 séparées par des intervalles de 5 à 7 µ remplis par un liquide olore.

La *couche granuleuse externe,* épaisse d'environ 50 µ ne présente s de lésion appréciable.

La *membrane limitante externe,* n'apparait pas nettement par-t; bien visible en certains points de la *figure* 19 (en 9), elle ne nble pas exister en d'autres.

La *couche des cônes et des bâtonnets,* est le siège d'altérations éressantes, surtout au niveau des articles externes. Les *bâtonnets* , comme on peut s'en rendre compte en 10, *fig.* 19, notamment, e forme irrégulière; ils sont gonflés et tortueux, parfois moni-rmes. Mais ce sont surtout les *cônes* qui sont le plus altérés; r article externe est presque toujours très gonflé, il a la forme ne sphère, énorme parfois, il a éclaté en certains points comme 11 par exemple où on ne distingue plus que sa partie interne; sque partout ils sont plus ou moins désagrégés et leur extrémité re a disparu.

Avant d'étudier la couche pigmentaire, nous devons dire quel-es mots de l'exsudat, ce dernier se trouvant épanché entre la ine et cette couche.

L'*exsudat,* contient en assez grand nombre divers éléments qu'on uve représentés *figure* 19; ce sont des débris plus ou moins onnaissables de cônes et de bâtonnets : en 12 par exemple on onnait très bien dans cette masse sphérique mesurant 11 µ diamètre l'article externe d'un cône, en 13 c'est vraisemblable-nt à un fragment de bâtonnet que l'on a affaire.

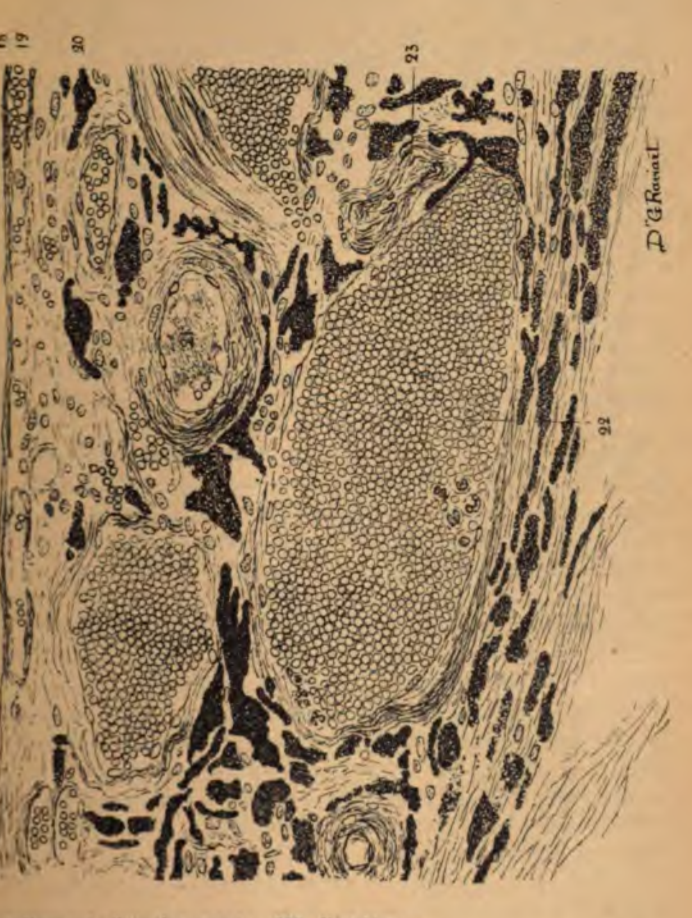
D'autres éléments paraissent être des leucocytes plus ou moins umineux enfin on rencontre surtout en abondance des cellules la couche pigmentaire encore bien reconnaissables en 14 mais plus souvent fortement désagrégées, leur noyau libre, leurs nulations dispersées comme en 15 par exemple.

La *couche pigmentaire* (16, *fig.* 19) complètement séparée de la ine, est restée dans presque toute son étendue adhérente à la roïde, toutefois elle en est également détachée en certains points qui est le cas dans notre *figure* 19. Les cellules épithéliales qui nposent cette couche, sont plus ou moins altérées, quel-es unes perdent leur forme polygonale et sont plus ou moins ar-ndies, leur richesses en pigment est très variable; d'une façon



Fig. 19. — Coupe transversale de la r

1, Limitante interne; 2, fibres de Muller, 3, noyaux de cellule nerveuse p
7, fibres de Muller formant autant de colonnes séparées par des espaces re
a éclaté; 12, article externe de cône gonflé flottant dans l'exsudat; 13, fragmen
dépourvues de pigment; 18, membrane vitrée; 19, capillaire; 20, cellule pi



collement. Grossissement : 295 diamètres.

des tissus 5, petit vaisseau à paroi hypertrophiée; 6, couche granuleuse interne; 9, membrane limitante externe; 10, bâtonnet déformé; 11, article externe de cône qui e; 15, débris de cellules de la même couche; 16, couche pigmentaire; 17, cellules e; 22, veine fortement congestionnée; 23, artère dont la lumière est oblitérée.

générale il est moins abondant que normalement et certaine lules en sont presque complètement dépourvues (17, *fig*. 19).

La *choroïde* présente à ce niveau des lésions très caractéristi susceptibles d'éclairer la pathogénie du décollement.

La *membrane vitrée* et la *couche des capillaires* ne semblen très altérées mais il n'en est pas de même de la *couche des gros seaux*; les artères ont leurs parois généralement épaissies leur lumière peut même être oblitérée, c'est le cas de l'art figurée en 23. Les veines sont fortement congestionnées, cell est représentée en 22 en présente un bel exemple; elles contien en assez grand nombre des leucocytes polynucléaires.

Le *stroma choroïdien*, très riche en faisceaux de fibres conj ves, et en cellules fortement pigmentées, 20, contient en out nombreuses cellules lymphatiques et un certain nombre de phocytes de volume variable situés entre les fibres conjonctiv stroma séparées par un exsudat séreux, incolore, plus ou abondant suivant les points.

Telles sont les lésions que nous rencontrons dans la p de l'hémisphère supérieur de l'œil voisine de la papill nous examinons maintenant des parties plus éloignés, trouvons toujours les mêmes altérations des différ couches; toutefois la sclérose en arcades diminue peu à et bientôt, à environ un centimètre de la papille, la co intergranuleuse présente un aspect à peu près normal. contre, la rétine tout entière qui à ce niveau flottait l'exsudat, a un aspect flou. ses éléments anatomiques moins bien colorés qu'ailleurs et chacun d'entre eux p gonflé. Les éléments de la couche des cônes et des b nets, sont peu nets, on les distingue mal les uns des a et on peut constater la présence de nombreuses vac correspondant tant aux articles internes qu'aux articles e ness des cônes et des bâtonnets.

A une plus grande distance encore de la papille, voyons la couche intergranuleuse disparaitre; les cou granuleuses interne et externe dont les éléments sont b coup moins nombreux et très gonflés sont confondues; la che des cônes et des bâtonnets est devenue mécon sable.

Enfin dans les parties les plus éloignées, toute divisio couches est impossible, la rétine diminuée de volume, trée de pigments, présente bien les lésions de l'atrophie mentaire consécutive au décollement. A ce même nivea

roïde est très altérée et présente des lésions de sclérose
ctéristiques.
u côté de l'hémisphère inférieur de l'œil droit les lésions
moins accusées. Dans le voisinage immédiat de la papil-
on rencontre comme précédemment toutes les lésions
liés et représentées figure 2 mais bientôt l'atrophie si
quée de la couche intergranuleuse disparait et l'on
serve plus dans les parties non décollées la sclérose en
des; d'autre part la rétine présente jusque dans ses par-
les plus éloignées de la papille des couches bien distinctes
ique plus ou moins altérées dans leurs éléments.

'œil gauche, présentait simplement les lésions de l'atro-
papillaire, nous n'insisterons pas; qu'il nous suffise de
qu'elles sont moins intenses que du côté droit et qu'on
servait pas comme du côté décollé l'aspect en arcades
a couche intergranuleuse de la rétine ni les lésions d'im-
tion des cônes et des bâtonnets.
nfin l'aspect de la choroïde gauche est profondément dif-
nt de celui de la droite : la menbrane est ici beaucoup
ns épaisse, on y constate bien encore de l'épaississe-
t des parois artérielles et de la sclérose conjonctive,
s la congestion veineuse n'existe pas, et on n'observe pas
sudat entre les fibres connectives.
n somme, il s'agit d'un malade syphilitique et alcoolique,
un an avant de présenter les troubles mentaux de la
lysie générale fut atteint de cécité. Lorsque deux ans
tard l'examen ophthalmoscopique fut pratiqué on cons-
l'existence d'une atrophie papillaire blanche du côté
che. d'un vaste décollement de la rétine de l'autre côté.
examen histologique est venu confirmer le diagnostic
ique et nous a décelé les lésions ordinaires de l'atrophie
llaire et rétinienne, dans les deux yeux, soit l'absence
que complète d'éléments nobles auxquels se sont substi-
s de nombreuses cellules conjonctives et névrogliques.
u côté de l'œil à rétine décollée, outre les lésions précé-
tes, nous avons observé l'altération de la rétine dite
rose en arcades, et dans les points décollés les plus éloi-
s de la papille une rétinite atrophique avec infiltration
igments.
a choroïde du même côté présentait une congestion

intense de ses veines, un exsudat-séreux interstitiel et sclérose artérielle des plus marquées; ces altérations permettent de penser sans toutefois vouloir prétend éclairer d'un jour nouveau la pathogénie du décolleme la retine, qu'il s'agit ici d'un *décollement consécutif à choroïdite séreuse laquelle parait devoir être rattachée l'espèce aux processus inflammatoires et congestifs ca téristiques de la paralysie générale.*

Drames de l'alcoolisme.

Une victime de l'alcool. — Le sieur Célestin Ressencourt, quante-sept ans, journalier à Bonnebosq, canton de Cambr était couché dans un lit voisin de celui de sa femme. Se l dans la nuit, sous prétexte de satisfaire un besoin, il se r dans sa cuisine, y décrocha son fusil chargé avec du petit p revint dans sa chambre et se tira un coup de son arme l'oreille droite. La mort fut instantanée. Depuis quelque t Ressencourt ne semblait plus jouir de la plénitude de ses fa mentales; il ne voulait plus travailler et s'adonnait à la boi C'est sous l'empire d'une crise alcoolique qu'il a mis fin jours. (Le *Bonhomme Normand* du 16-22 janvier 1902).

Victime de l'alcool. — En rentrant chez lui, le soir, à Perc Auge, près Mézidon, le sieur Pierre Tabur, trente-six ans, ployé au chemin de fer, trouva sa femme, née Amanda Robi quarante-neuf ans, tombée à terre ivre morte. Un de ses voisi sieur Leroy, étant venu à passer, il le fit rentrer, puis ils partire café. Quand Tabur revint, à minuit, pour se coucher, il trou femme étendue dans la cuisine, entre l'âtre et une table, à r carbonisée. La malheureuse, s'étant approchée de la chemin ayant fait tomber la lumière, aura mis le feu à ses vêtement *Bon Normand*, 20 février 1903.)

Accès de delirium tremens. — Ce matin, à la caserne De l'adjudant Thoron, du 161e, en grande tenue, ganté de l s'est tiré un coup de revolver dans la tempe droite, la bal sortie par le sommet de la tête. L'adjudant Thoron était orig de Bretagne, il avait trente-cinq ans. Depuis quelques ann s'adonnait à l'absinthe et on croit que c'est dans un accès de rium tremens qu'il s'est donné la mort. (*Le Progrès de Lyon*, 1(let 1903.)

CLINIQUE NERVEUSE.

Délire et petit brightisme;

PAR

A. VIGOUROUX, médecin en chef.
ET
P. JUQUELIER, interne.

à l'asile de Vaucluse.

OBSERVATION III. — D... Alexandre-François, 74 ans, mécani-
ien, entre dans le service le 25 janvier 1902. D'une bonne santé abituelle, travailleur très actif et sobre, il n'a pas d'antécédents éréditaires directs : une tante maternelle est morte quelque emps après un ictus suivi d'hémiplegie. Depuis 40 ans, sa femme e l'a pas connu malade. A l'âge de 34 ans, il a reçu sur la tête un adrier assez lourd. Cet accident n'a pas eu de conséquences im-
édiates. Le malade a toujours été d'un naturel assez vif, s'exal-
nt facilement, se mettant en colère à propos de la moindre con-
ariété. Sept mois avant le début des accidents qui l'ont conduit l'asile il a perdu de tuberculose aiguë un petit-fils de 15 ans et a onçu de ce deuil un chagrin très vif. Depuis il n'est pas bien por-
nt. Un mois après la mort de son petit-fils il fut obligé d'inter-
ompre son travail, de s'aliter. Le médecin fut appelé parce que .. n'avait pas de sommeil, délirait la nuit et constata dans ses rines la présence d'une certaine quantité d'albumine, D... n'a pu eprendre son travail et les troubles psychiques ont été en s'ac-
roissant sous l'influence d'allucinations de presque tous les sens; accusait sa femme de le tromper avec un contre-maître de la aison où il travaillait. Il a tenté à plusieurs reprises de mettre feu chez lui, intentionnellement pour se venger, si bien que sa mme et sa fille furent obligées de se séparer de lui. Il ne fit que asser à l'asile clinique où M. le Dr Magnan porta le diagnostic iivant : « Léger affaiblissement intellectuel avec hallucinations, ées ambitieuses et de persécution, sensiblerie, excitation par itervalles, excès probables de boissons. » Or des renseignements urnis par sa femme nous apprirent qu'il n'avait jamais fait excès alcooliques, mais qu'au contraire, albuminurique avéré, epuis six mois il suivait un régime approprié à cet état.

Il arrive dans le service le 25 janvier 1902. Au moment d
entrée le malade est assez agité. Turbulent; euphorique il pr
avoir une très jolie voix et il chante, il se vante de savoir trè
danser, il quitte son lit pour faire un pas, demande à sor
plaint de ses voisins, est très loquace.

Physiquement, il est en apparence bien portant, et ne p
pas son âge. Les pupilles sont égales et réagissent bien. La l
est un peu déviée à gauche, la parole est normale. Les re
patellaires sont conservés (le gauche est un peu plus for
reflexe plantaire est normal. Il n'y a pas de troubles de la se
lité générale. La force musculaire est un peu diminuée d
gauche. Le malade nous dit que cet affaiblissement a su
ictus passager survenu il y a un an. L'appétit est normal, l'
reil digestif et l'appareil respiratoire fonctionnent régulière
Mais l'auscultation du cœur révèle la présence d'un bruit de
à dédoublement au 1er temps et les urines pâles, abondantes
tiennent une certaine quantité d'albumine (0,75 par litre
examen). De plus le malade dit qu'il est oblige d'uriner so
surtout la nuit. Il se réchauffe difficilement dans son lit.

Au point de vue mental on note de l'affaiblissement in
tuel, avec amnésie des faits récents et délire polymorphe
lange d'idées de persécution et d'idées de satisfaction : sa f
l'a trompé, et pourtant il est un fort bon chanteur; il sait
ter, danser, dire des monologues, etc. Il se porte très bien e
reprendre son travail.

Cet état d'excitation persiste pendant la première quinza
séjour du malade à l'asile. D... pleure souvent, accuse sa f
de l'avoir empoisonné, un instant après il rit et chante ; le
sont mauvaises. La pollakiurie et l'albuminurie persistent. Il a
de recevoir sa femme un jour qu'elle est venue le visiter. D'a
le malade a fort bon appétit et a grand soin de sa personne

Le 8 février, au moment de l'établissement du certificat de
zaine, D... est beaucoup plus calme, mais il n'a pas renonc
idées de persécution : sa femme a voulu l'empoisonner, n
lui pardonne, et s'il l'a menacée, c'était pour lui faire
Qu'elle vienne le chercher au plus tôt et tout sera oublié. l
lade est au régime lacté absolu depuis le 2 février. Après qu
jours de calme, il est sur sa demande mis à un régime alim
moins exclusif, malgré la persistance d'une albuminurie
Il semble bien que la cessation du régime lacté ait été suivi
reprise des phénomènes d'excitation ; les idées de persé
reviennent plus actives : « Sa femme l'a fait enfermer p
débarrasser de lui et pour se remarier. Ici on ne le soig
Ses voisins, qui se plaignent constamment, l'irritent. »

Le 20 février, l'épreuve de la glycosurie alimentaire do
résultat positif, l'albuminurie persiste avec les autres sign

nalés de petite urémie. mais la participation d'une altération lulaire au moins partielle du foie indiquée par la glycosurie mentaire sera confirmée par une analyse d'urine pratiquée ultérieurement. Même état jusqu'au milieu du mois de mars ; le 21 rs il a mieux reçu sa femme, mais après le départ de celle-ci manifesté une tristesse plus grande que l'anxiété (il lui semble qu'il a des remords). Il a pleuré, s'est mis en colère après son sin de lit qui marmotte continuellement, et a accusé des hallucinations auditives : des voix lui chuchotent son nom à l'oreille, e font suivre d'injures : D... cochon. » Reprise du régime lacté. puis cette époque jusqu'à l'heure actuelle, le malade a passé des alternatives de dépression et de gaîté avec excitation. Les nes ont été examinées chaque semaine, et l'albuminurie y a jours été signalée. Le régime mixte alterne avec le régime lacté solu, parce que le malade se lasse vite de celui-ci.

Au début du mois de mai, le malade a été pendant quelques rs très abattu, pleurant, se croyant mort, épuisé physiquement, plaignant du froid. Il semble bien que cet état psychique a ucidé avec une poussée rénale, car les urines devenues plus es contenaient par litre 1 gramme d'albumine.

Le 7 juillet l'examen complet des urines a donné les résultats vants :

Volume	2,325 lit.
Densité	1,006 à 20°.
Urée totale	17,65.
Coefficient d'oxydation	68.
Acide urique	0,38.
Albumine	0,50 par litre.
Traces d'urobiline	

e 8 juillet l'épreuve du bleu de méthylène montre que l'élimiion est très retardée, car la coloration bleue ne s'est montrée eine sensible) qu'à partir de la 6ᵉ heure (le chromogène il est i n'a pas été recherché). L'analyse et l'injection de bleu ont été tiquées au cours d'une période d'euphorie et d'excitation gaie. juillet, nouvelle crise de dépression mélancolique coïncidant c une augmentation de la quantité d'albumine (1 gramme par e). Diminution partielle de la quantité de l'urine (1 litre par heures). Même retard de l'élimination du bleu.

la fin de la première semaine du mois d'août, il y eut un peu nélioration dans l'état mental du malade, qui devint moins te, moins déprimé et moins anxieux. Une nouvelle injection bleu fut alors pratiquée, et on constata que l'élimination fut ns retardée et moins lente qu'à des examens antérieurs, car fut sensible dès la troisième heure.

u mois de septembre le malade retomba, et son état ne fit alors

que s'aggraver jusqu'à sa mort survenue au milieu d'oc
tristesse et la dépression reprirent. La nuit son anxiété
tait : « Nous sommes tous perdus, la maison va s'écro
va sauter. »

Au point de vue physique les forces diminuèrent ra
l'alimentation étant de plus en plus difficile. D'autre
diarrhée très rebelle et très fétide contribua encore à
malade. La mort survint dans le coma le 16 octobre.

En résumé : chez un vieillard de 74 ans atteint de
chronique, apparaissent d'abord des troubles délira
lucinations et idées de persécution) qui ont les cara
délire alcoolique. Ensuite ce malade présente des alt
d'anxiété mélancolique et d'excitation avec euphorie,
riodes d'anxiété paraissent coïncider, avec une augn
de l'albumine, la diminution de l'excrétion urinai
retard plus grand dans l'élimination du bleu de m

La constatation de la glycosurie alimentaire et d
linurie, la forme polycyclique de la courbe d'élimi
bleu montre qu'un certain degré d'insuffisance l
coexistait avec le mal de Bright. Il est donc difficile
cier exactement la part qui revient à l'insuffisanc
dans la pathogénie de cet état mental, d'autant
malheureusement l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Observation IV (résumée). — M..., Eugène, quarante
est entré dans le service le 9 février 1901. Il présente a
de son entrée un délire hallucinatoire très intense.

Il voit sa femme et ses enfants passer devant ses fenê
entend appeler au secours, lui-même va mourir. On va
son autopsie, et pour éviter la mort, il cherche à se je
fenêtre. Il est très anxieux et porté aux réactions violent
considéré à l'infirmerie du dépôt par M. le Dr Legras
dégénéré alcoolique.

L'examen somatique pratiqué à son entrée révèle qu'
teur d'une double lésion mitrale, le foie est douloureux.
légèrement œdématiées; les urines extrêmement rares
nent pas d'albumine. Les renseignements fournis par sa
confirmés par lui après sa guérison nous apprenne
attaque grave de rhumatisme articulaire aigu, subie à
quatorze ans, fut suivie de maladie mitrale. Il a mêm
sieurs attaques d'asystolie, de la congestion pulmonaire
senté de l'albuminurie intermittente. Jamais il n'eut d
cérébraux. Soigné pour ses accidents cardiaques, il était
depuis trois ans et au régime lacté intégral depuis cinq

)uelques jours avant son entrée, un nouveau médecin consulté ait fait interrompre le régime lacté et fait remplacer celui-ci par régime dans lequel entraient la viande grillée, les légumes, etc. rès deux jours de ce régime, les urines diminuèrent, M... ressentit maux de tête et un délire hallucinatoire surtout nocturne stalla; ses enfants lui paraissaient être des cadavres. Il voyait plafond s'abaisser, les fenêtres se rétrécir. Il se sentait enfoncé is le sous-sol... On va l'empoisonner, le tuer, etc. Ce délire né-sita son entrée à l'asile et continua toujours aussi violent pen-it les premiers temps du séjour. Le malade fit même une tenta-de suicide. Puis au bout de trois semaines, sous l'influence du ime lacté et de la digitale le malade eut une diurèse abondante en quelques jours, les hallucinations disparurent ainsi que le ire secondaire.

l semble bien que ce délire a été provoqué par insuffisance la fonction rénale chez un cardiopathe, et bien que ce ire ait eu les caractères du délire alcoolique, l'abstinence ale du malade depuis 3 ans, le régime lacté intégral qu'il vait depuis 5 mois permettent d'écarter l'influence de l'al-ol dans la genèse des accidents hallucinatoires et délirants.

)BSERVATION V. — Sch... (Louis), jardinier, cinquante-cinq ans, entré à l'asile de Vaucluse, le 18 janvier 1902. Il a été amené infirmerie du dépôt à la suite d'une tentative peu sérieuse de cide, et de quelques accès d'excitation au cours desquels il a nmis les actes les plus déraisonnables. Les certificats antérieurs tent : Alcoolisme chronique excès d'absinthe, fureurs, actes onscients, tentatives de suicide (Dr Legras). Paralysie générale c idées de satisfaction et de persécution, excitation passagère et tative de suicide (Dr Magnan).

Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus. Sur ses anté-lents personnels nous n'avons que très peu de renseignements. n fils est venu le voir à l'asile en rentrant de Madagascar. Ce ne homme, d'ailleurs bien portant, a cessé de vivre avec son re, veuf depuis très longtemps, à l'âge de huit ans, et ne l'a vu de-is que rarement. Il sait seulement que notre malade ayant couché is jours dans la neige pendant la campagne de 1870 se plaint puis de fréquentes et vives douleurs dans la région lombaire. Ce tail a quelque intérêt au point de vue de l'étiologie des troubles naux que nous avons constatés :

Examiné au lit à son entrée dans le service le malade paraît is âgé qu'il n'est en réalité ; sa physionomie est inquiète au pre-er abord, mais vite rassuré il ne tarde pas à sourire. Les pupilles nt contractées, mais la droite est légèrement plus grande. Les lexes pupillaires sont conservés, mais faibles, surtout le réflexe

lumineux. La langue est animée d'un tremblement fi
très accusé. La parole est extrêmement embarrassée. Les
patellaires sont nuls. Le réflexe plantaire en flexion à gauch
extension à droite. Le réflexe crémastérien est nul. La se
générale ne paraît pas être atteinte. Mais le malade accuse
quentes douleurs dans les membres inférieurs. La marche
ficile.

Quand il est debout, le malade exécute une série d'osc
involontaires dues à des contractions spasmodiques des
postérieurs de la cuisse. Il conserve très imparfaitement l'é
les yeux fermés. Il existe un tremblement très fort des
L'appareil respiratoire et l'appareil digestif ne paraissent pas
de troubles appréciables. Les artères sont dures, athérom
le pouls est petit, un peu irrégulier. L'examen du cœu
l'existence d'anomalies dont l'interprétation est difficile. L
bat dans le cinquième espace intercostal gauche en dehors du
lon. A la palpation, on trouve à son niveau un léger frémis
A la percussion, la zone de matité de l'aorte empiète un pe
droite. A l'auscultation, on trouve : 1° un souffle systoliq
et léger à la pointe avec propagation axillaire ; 2° un doubl
aortique plus bref, plus intense, avec maximum au secon
et propagation le long du sternum. Il semble qu'il y ait bi
foyers d'insuffisance, car les deux propagations sont ne
l'auscultation de la région mésocardiaque est beaucoup plus
L'examen clinique des urines qui sont peu abondantes e
ment colorées indique la présence d'une petite quantité d'al

L'état mental est celui d'un homme fortement affaibli, g
ment euphorique, avec quelques préoccupations hypoch
ques. Le malade se plaint en particulier de ne pouvoir ma
pleure facilement, mais se console vite. Il n'a pas conscien
situation. La notion du temps et du lieu lui font compl
défaut. Mis au régime lacté, le malade, dans les quelques jo
suivirent, urina plus abondamment. Sans disparaître compl
l'albumine diminua de quantité ; le cœur devint plus réguli
l'état démentiel ne subit aucune modification. Seules les p
pations hypochondriaques s'effacèrent du tableau clinique
sèrent la place à un état euphorique constant. La parole d
très embarrassée, bredouillée et spasmodique à la fois.
traction des pupilles persiste, ainsi que le tremblement gé
qui s'exagère dès qu'on s'approche du malade et qu'on lui
la parole.

Le 15 février, une injection d'un centimètre cube de bleu
thylène au vingtième est pratiquée. L'élimination ne cor
très faiblement qu'à la troisième heure et s'effectue réguliè
mais avec retard, car à la soixante-douzième heure, elle n
encore terminée.

Le 20 février, le malade, qui réclame toujours à manger et qui a presque plus d'albumine, est mis au régime alimentaire ordiaire. — Quelques jours après, l'albumine reparait en quantité us abondante (0,50 par litre) et l'état mental subit d'intéressantes odifications. Les préoccupations hypochondriaques reviennent; le alade pleure continuellement, il manifeste un certain état d'anxiété. uelques idées délirantes de persécution peuvent être saisies sur fond démentiel, La nourriture qu'on lui donne n'est pas celle des ıtres. On lui refuse la soupe qu'il voit manger à ses voisins, etc. e régime lacté est repris et l'anxiété disparait.

Du mois de mai au mois d'octobre, il n'y eut pas à noter dans état du malade de modifications importantes. A deux reprises ı présence de la diminution de l'albuminurie, le régime alimenıire ordinaire fut essayé, mais comme la première fois, il fallut nterrompre à cause de la mauvaise influence qu'il parut avoir ır l'état mental. Au régime lacté, le malade est resté euphorique inconscient, s'affaiblissant de plus en plus.

L'examen clinique des urines, pratiqué dans les premiers jours octobre, au point de vue de la quantité de l'albumine aux difféentes heures de la journée a montré que l'urine du soir contient lus d'albumine que celle de midi et moins que celle du matin. analyse complète du 9 octobre donne les résultats suivants pour ngt-quatre heures :

Quantité	850 gr.
Acidité en PO^5	1,32.
Urée	16 gr. 32.
Coefficient d'oxydation	96.
Albumine	0,30 gr. par litre.

Une seconde injection de bleu de méthylène est suivie d'une éliination régulière mais très retardée.

Le 10 octobre, le malade s'affaiblit davantage. Il commence à rendre du lait moins volontiers. L'examen de la région sacrée ıontra l'apparition d'une petite escharre qui alla en augmentant ıalgré les précautions prises. L'euphorie persista. L'auscultation u cœur ne fut pas modifiée et le malade mourut le 23 octobre, 'étant affaibli progressivement et ayant perdu connaissance depuis eux jours.

L'*autopsie* ne put être pratiquée que quarante-deux heures après a mort : L'encéphale pèse 1250 grammes La pie-mère est épaisse, actescente, mais se décortique facilement. Les artères de la base ont legèrement athéromateuses. Dans l'hémisphère droit du cerelet il existe un *foyer* de ramollissement déja ancien, gros comme a moitié d'une noix. Le foie est volumineux (1770 gr.) et crie à la oupe. Les poumons et la rate ne présentent rien de particulier.

[illegible] (450 gr.). Le ven
[illegible] aortiques son
[illegible] mitrale des végé
[illegible]ment athérom
[illegible] (275 gr. à eux d
[illegible] gauche. Ce dernier p
[illegible] séreux de la grosseu
[illegible] l'atrophie de la substan
[illegible] du cerveau confirme
[illegible]

[illegible], fibreuse et infiltrée
[illegible] le siège de nombre
[illegible]

[illegible] ont leurs parois é
[illegible]scence hyaline.

[illegible] est le siège d'une i
[illegible] sont également al
[illegible] est peu intense. Dan
[illegible] nombre de corpuscul
[illegible] à la périphérie immédia
[illegible]

[illegible] blanche se trouvent des
[illegible] sont des artères à parois
[illegible] se voient égalem
[illegible]

[illegible] à l'exception des ce
[illegible] les cellules géantes prés
[illegible]

[illegible] une quantité énorme d
[illegible]es ; les unes
[illegible] leur noyau très e
[illegible] et sont en voie de
[illegible]. La lésion qui fra
[illegible] des parois artéri
[illegible] de l'arc vasculaire, p
[illegible] entre eux les différent
[illegible]

[illegible], elle est constituée p
[illegible] du rein, séparant
[illegible]

[illegible] également sclérosés,
[illegible] subi complèteme
[illegible] en petits blocs d
[illegible] des tubes contour
[illegible] cependant bien ; un cer
[illegible] collapsus.

Dans son ensemble le rein est très congestionné.
Le foie est normal à part une énorme congestion, les veines ortes et sus-hépatiques sont distendues et les capillaires dilatés. n'y a pas de sclérose, et les cellules hépatiques ainsi que leurs oyaux se colorent bien.

En résumé, chez un brightique, s'est développée une meingo-encéphalite à forme spéciale (type Klippel). Chez ce ıalade, sur le fond démentiel de l'état mental, apparaissaient es alternatives d'enphorie et d'hypochondrie. Les périodes 'hypochondrie avec anxiété coïncidaient avec la diminution e la quantité d'urine et l'augmentation de l'albumine. L'euhorie se manifestait quand, grâce au régime lacté intégral ı fonction rénale était aussi active que possible [1].

(*A suivre.*)

[1] On peut rapprocher de cette observation le fait suivant : Un homme e 48 ans, entre dans le service le 8 mai 1902, avec le diagnostic e paralysie générale, confirmée à l'examen par la constatation es signes suivants : Inégalité pupillaire, tremblement de la langue, nbarras de la parole, exagération des réflexes patellaires, affaiblisseıent intellectuel et euphorie, syphilis ancienne. L'examen clinique des rines fut négatif au moment de l'admission et l'état d'agitation contiuelle avec gâtisme que présenta le malade jusqu'à sa mort fit que cet ıamen ne fut pas renouvelé, aucun signe physique n'attirant l'attention ır l'insuffisance rénale. L'évolution fut rapide, la mort survint au comencement de septembre sans que le sujet ait cessé, malgré les médiıments calmants, d'être agité, de sortir de son lit, qu'il faisait et défaiit continuellement, déchirant sa literie et ses vêtements. L'autopsie véla d'une part l'existence des lésions ordinaires de méningo encéphate diffuse, d'autre part l'existence d'une double néphrite interstitielle ec atrophie portant surtout sur le rein droit, qui pesait 60 gr. et un tit abcès du rein gauche, également diminué de volume (110 gr.).
Or, s'il est fréquent de constater, au cours de la paralysie générale, es crises d'agitation motrice de plus ou moins longue durée, et précéınt souvent les attaques épileptiformes, il est exceptionnel d'observer même état d'une façon continue, durant jusqu'à la mort survenue ailleurs sans ictus. La constatation à l'autopsie d'une double lésion nale ne permet-elle pas d'invoquer, pour expliquer cet état anormal, ıutointoxication par insuffisance rénale venant se greffer sur les troubles ıs à l'évolution de la méningo-encéphalite ?

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Le traitement de l'épilepsie par le travail manuel et la tique; par le Dr SPRATLING. (*American Medicine et Bri* 1903, p. 871.)

D'après le Dr Spratling, de la colonie Craig, consa épileptiques, 50 p. 100 environ des malades admis à la col capables de travailler d'une façon rémunératrice. Environ ne sont capables seulement que de s'occuper à la maiso vail et le reste, 25 p. 100, ne peut rien faire du tout. D'au le médecin de la colonie de Bielefeld (Westphalie) dit 1771 épileptiques qu'il a soignés, 33 p. 100 ont leur esprit 62 p. 100 leur esprit faible, et 5 p. 100 seulement leur es Le problème, par conséquent, de la guérison de ces ma difficile; mais il peut être ajouté, et cela est nécessair *travail manuel est le plus grand agent thérapeutique* pour la de l'épilepsie. L'oisiveté est un puissant facteur pour le c Pendant les jours de pluie, les jours fériés et les dima quand les malades ne travaillent pas, les accès doublent d et triplent quelquefois. Le Dr Weeks, directeur médical d pour les épileptiques de l'état de New-Jersey, dit que qu l'hiver, et que les travaux du dehors cessent, le nombre augmente rapidement, ainsi que l'irritabilité et le mécont des malades. Il suggère que ce système de gymnastique institué remplacera et sera le supplément des autres f travail manuel.

L'opinion formulée par les Drs Spratling et Weeks est ment conforme à la réalité. C'est parce qu'il se renda de l'utilité du travail manuel que Ferrus avait créé Sainte-Anne. C'est pourquoi tous les médecins alién réclamé des colonies annexées aux asiles. C'est aussi la r nous a fait créer des ateliers pour les enfants de l'asile, Bicêtre et que nous y avons multiplié les exercices physi

II. Des résultats du traitement mercuriel intensif appl paralysie générale et au tabes; par le prof. LEMOI

L'auteur rapporte six observations de paralysie géné lesquelles l'amélioration par le traitement mercuriel inte très nettement constatée.

Ce sont plus les hautes doses de mercure qui agisser ou tel sel de mercure; toutefois M. Lemoine reconnaît

s au benzoate, tant au point de vue des bons résultats théra-iques obtenus que de l'inocuité des injections.

s chances de réussite du traitement intensif paraissent d'au-plus grandes que l'on a affaire à un malade plus jeune.

qui disparait en premier lieu sous l'influence du traitement nsif, ce sont les mouvements congestifs vers la tête; il en est nême des attaques apoplectiformes, qui ne se montrent plus noment où on a la précaution de faire les injections avec per-rance. Chose curieuse, ce sont les troubles psychiques qui éliorent les premiers. Les troubles pupillaires disparaissent une très grande lenteur et persistent même longtemps après les autres symptômes ont disparu.

tabes paraît plus rebelle au traitement que la paralysie géné-: un des résultats les plus importants et les plus sûrs, obtenu tous les cas du traitement intensif, c'est la disparition rapide ırable des douleurs fulgurantes ressenties par les malades. esque toujours il suffit d'un mois de traitement pour qu'elles ignent tout à fait. L'ataxie des mouvements est aussi amé-e ; d'une façon plus ou moins grande.

est certain que le succès sera d'autant plus facile à obtenir le traitement sera fait au début de la maladie, dans la période préataxique (*Revue neurologique*, juillet 1902). E. B.

Sur le traitement de la paralysie génerale et du tabes; par . DEVAY (*Société des sciences médicales de Lyon*, 19 février 902).

. Devay s'élève sur la conception des affections dites parasy-litiques qui aboutit à une sorte de négation en thérapeutique. Il nmunique à ce propos l'observation d'un tabétique avec trou-psychiques amélioré manifestement par les injections de calo-et l'iodure de potassium à haute dose. Cette observation est ressante à divers points de vue : 1° de l'étiologie nettement hilitique et de la rapidité avec laquelle le tabes a succédé à l'ac-ent primitif, moins de sept ans; 2° de la contamination de la nme du malade, qui elle aussi est devenue tabétique; mais chez e-ci l'évolution a été plus longue, dix à onze ans; 3° de l'amé-ation rapide à la suite d'un traitement spécifique intensif.

Pour l'auteur le traitement spécifique doit être plus intensif on ne l'applique habituellement, il n'a eu des résultats appré-bles dans la paralysie générale et le tabes que par l'emploi de es d'iodure supérieures à 10 grammes. La crainte des accidents diaques ne doit pas être un obstacle, en raison de leur *rareté* ne surviennent que chez les individus idiosyncratiques. L'auteur observé qu'une fois des symptômes sérieux chez un malade étique avec symptômes de paralysie générale, qui prenait r. 50 d'iodure.

La crainte d'accumulation du médicament n'existe pas,
l'élimination se fait par l'urine avec une grande rapidité.
nombreux dosages avec un procédé clinique particulier
sur la formation d'iodures mercureux insolubles, M. Dev
constater qu'un malade qui prenait 12 grammes d'iodur
un mois, éliminait 11 grammes par jour et que le lendem
cessation du médicament on ne trouvait plus dans le
qu'environ un gramme; au bout de 48 heures il n'en exis
que des traces. Ç. CAR

IV. Nouvelles propriétés toxiques et thérapeutiques d sanguin des épileptiques et leurs applications pratiq
C. CENI. (*Centralblatt f. Nervenheilk* XXV. N. F. XIII. 19

Si l'on injecte à un épileptique du sérum sanguin d'
épileptique à petites doses, on constate ou bien un effet n
une intoxication aiguë qui vient aggraver l'état patholo
cet épileptique. — Si l'on injecte, à petites doses égalem
épileptique le sérum sanguin d'individus bien portants,
tien rien du tout, jamais.

Si l'on injecte à un épileptique, à plusieurs reprises, e
croissantes, le sérum sanguin d'un autre épileptique, ou
sanguin de son propre sang, mais en laissant entre la s
l'injection quelques jours d'intervalle, de façon à perm
masse sanguine de l'individu en expérience de récupérer
libre, voici ce que l'on obtient. Qu'il s'agisse du prem
second mode d'opérer, les résultats sont curatifs ou f
dans les proportions suivantes. Il s'agit d'épileptiques d
affectés de symptômes moteurs, psychosensoriels et p
dont on a suivi l'état encore deux ans à la suite des inj
des effets obtenus.

Sur 10 malades, 8 ont bénéficié d'une action bie
5 avaient été injectés avec le sérum provenant d'autres
ques; 3 l'avaient été avec leur propre sérum. 2 en o
une action toxique et épileptogène : 1 avait reçu du s
autre épileptique ; 1 avait reçu son propre sérum.

Sur les 8 malades heureusement traités, il se prod
fois une amélioration rapide et marquée de la nutriti
port avec l'amélioration des accidents morbides; six c
naient des sujets affectés d'épilepsie depuis 10 à 20 a
les troubles moteurs, psychiques et sensoriels s'amélio
paraître, en même temps que les patients gagnaient
6 à 10 kilog. en l'espace de cinq à six mois : ils rede
pables de travail. On constata néanmoins trois fois le
symptômes six à sept mois après la cessation des injec
ils ne furent pas aussi violents qu'auparavant. Trois fo
ration persista définitivement. Chez 2 épileptiques, il

rition totale des accidents quelconques dès le premier mois de xpérience et amélioration physique avec augmentation de poids 29 kilog.

Chez les 2 malades dont l'état s'aggrava, les crises et accidents ileptiques augmentèrent à tous égards, et il se produisit un ıpoisonnement général. Cette aggravation ne cessa que lorsqu'on spendit les injections. C'étaient des épileptiques congénitaux et réditaires.

Chez aucun épileptique le sérum sanguin humain normal à doses pétées et progressives ne produit ni réaction positive, ni réaction gative, pouvant se comparer avec ce qui a été obtenu chez les ileptiques soumis aux injections précitées. Une seule fois il y a aggravation légère et passagère de l'état général.

Souvent le sérum sanguin provenant du même épileptique, inété en quantités égales chez deux autres épileptiques, fournit ez ceux-ci des résultats finaux tout différents et opposés, ce qui ouve que la cause de la différence des effets tient aux conditions lividuelles, intimes, de l'épileptique inoculé, et non aux condins de l'individu qui fournit le sérum. Ce qui le prouve encore, st que l'on a beau varier l'origine du sérum, le type de la réacn individuelle ne varie pas ; il reste pour chaque malade imıable.

Quelles sont les substances actives, contenues dans le sérum nguin de l'épileptique, qui, suivant l'état de la constitution ime de celui qui le reçoit, sont susceptibles de produire chez dernier tantôt un effet bienfaisant, thérapeutique, tantôt un 'et toxique et épileptogène?

Il est probable que les éléments d'action, contenus dans le sérum nguin des épileptiques, possèdent des propriétés spécifiques qui mulent les échanges nutritifs d'assimilation et de désassimilan, les influencent d'une manière quelconque.

Si l'on attribue aux agents cellulaires de ces échanges, où l'on ıce la cause et le siège de l'épilepsie, la faculté de se comporter -à-vis de l'élément du sérum introduit tantôt d'une façon, tantôt ıt différemment, si l'on admet que ces cellules réagissent en sa ésence tantôt physiologiquement, tantôt pathologiquement, on xplique le motif pour lequel la méthode des injections répétées sérum sanguin entraîne chez divers individus des résultats riés et opposés. Quand les cellules de la fonction d'assimilation de désassimilation sont encore capables de réaction physiologues, on obtient amélioration ou guérison de l'état pathologique. ıand, au contraire, ces cellules, pour des causes individuelles, ganiques, que nous ignorons, n'en sont plus capables, elles réasent, sous le stimulus de l'élément du sérum, pathologiquent : leurs fonctions, déjà altérées, s'éloignent de plus en plus la normale ; leur état pathologique s'aggrave.

Nous savons d'autre part que lorsqu'on injecte aux épile leur propre sérum on peut obtenir des résultats identiques que l'on obtient en leur injectant le sérum d'autres épilep Ceci nous force à admettre que le principe stimulant du des épileptiques n'est mis en possession de ses propriétés que si le sang, après avoir cessé de circuler dans l'organi tant qu'humeur biologique, a pris contact avec le mond rieur. Donc la substance stimulante en question, tout en ci chez l'épileptique dans les conditions ordinaires, y ci l'état d'inertie. Ce doit être une substance soluble qui d inactive et qui, normalement est probablement adhérer éléments morphologiques du sang. Elle n'est mise en li n'acquiert ses propriétés d'actiou, que lorsque le sang circuler, quand les éléments morphologiques du sang n plus. Voilà pourquoi l'épileptique ne peut s'immuniser lui par sa propre substance, bien qu'il porte en lui à côté d'é toxiques, des éléments thérapeutiques. P. KERA

V. **Le dosage toxique dans le traitement de quelques dé nerveux**; par William C. KRAUSS. (*The New-York Medic nal*, 10 mai 1902).

Les résultats peu satisfaisants que la plupart des m obtiennent dans le traitement de beaucoup d'affections n sont probablement dus à l'emploi de doses insuffisantes de caments connus comme toxiques. On donne une dose mi lieu d'une dose maxima, et corrélativement, on obtient u tat minimum au lieu d'un résultat maximum. C'est pourt le domaine de la neurologie qu'il y aurait surtout lieu d une thérapeutique hardie et d'aller jusqu'à l'extrême li effets physiologiques des médicaments. Cela est surtout v les cas de siphylis cérébrale, où l'on voit quelquefois les p nes de compression déterminés par une gomme dispar s'atténuer sous l'influence de dotes énormes de bi-iodure cure. Par dosage toxique l'auteur entend désigner la d sante pour produire des signes nets d'intoxication, dose q vient ordinairement d'atteindre d'une manière lentement sive, sous peine d'intoxication aiguë. Il n'y a dans cette de procéder nulle règle à suivre, nul auteur à consulter tolérance du malade qui règle la conduite du médecin. L caments que l'auteur a particulièrement en vue sont le l'arsenic, la noix vomique, l'hyoscine, l'atropine et la ni rine. Il entre dans quelques considérations sur l'empl divers médicaments et termine en rapportant une obser syphilis cérébrale sérieusement améliorée par des doses bles de mercure, qui n'ont donné que de légers phénomè toxication. R. de MUSGRAVE-C

I. Contribution à l'étude du traitement du torticolis spasmodique; par George R. ELLIOTT. (*The New-York Medical Journal*, 11 octobre 1902).

Le torticolis spasmodique dont l'auteur s'occupe ici est une ffection d'ordre purement névropathique, n'ayant rien de comnun avec le type que rencontrent ordinairement les orthopéistes : elle est caractérisée par un spasme clonique intermittent es muscles innervés par le spinal accessoire et quelquefois par s nerfs cervicaux supérieurs ; elle se rencontre ordinairement hez les névropathes, et l'hérédité joue souvent un rôle dans son tiologie. L'auteur a imaginé pour le soulagement de ces malades n appareil nouveau qui tout en fournissant le soutien indispenable ne restreint pourtant pas d'une manière absolue les mouvenents normaux de la tête. Il donne la description de son appaeil, dont plusieurs figures qui accompagnent ce travail rendent mécanisme parfaitement clair. R. de MUSGRAVE-CLAY.

II. Contribution au traitement diététique de l'épilepsie; par SCHAEFER (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902).

Application du traitement de Toulouse et Richet modifié par alint à trois malades atteints d'épilepsie grave, ayant de 20 à 0 accès par mois sans compter les raptus, les impulsions agresives, les attaques subintrantes, le délire postépileptique exigeant isolement. On leur donne chaque jour 1 litre 1/2 de lait, 0-50 grammes de beurre, 3 œufs non salés, 300 à 400 grammes e pain et fruits, 3 grammes de KBr dans leurs aliments.

L'expérience commencée le 26 juin 1901 dure jusqu'au 10 août t détermine un état extrêmement pénible. Néanmoins le premier ujet n'avait plus du tout d'attaques le 5 juillet; les attaques disaraissaient chez le second le 12, et chez le troisième le 11 du nême mois. Simultanément ces malheureux récupéraient leur ucidité, l'assurance de la démarche, un caractère sociable, la ossibilité de travailler.

On supprime le traitement hypochloruré et six, huit, neuf jours près la reprise de l'alimentation habituelle, les attaques recomnencent en reprenant leur intensité accoutumée. Dans les huit jours ltérieurs, un des malades en a 12, les deux autres, 19.

P. KERAVAL.

VIII. L'éducation et le développement des enfants névrosés (*neurotic children*); par GRÆME M. HAMMOND. (*The New-York Medical Journal* 30 août 1902).

Les enfants que l'auteur désigne par l'épithète de *neurotiques*, ont ceux dont la force nerveuse est au-dessous de la normale,

dont les éléments nerveux, soit par tare héréditaire, soit pa dent, soit par la réunion de ces deux facteurs, n'atteignent développement incomplet, qui, par là, deviennent incapab résistance normale, et qui, abandonnés à eux-mêmes n'atte jamais un état convenable de développement physique. Le n de ces enfants paraît en voie d'augmentation, et bien des contribuent à cette augmentation; les plus importantes son rédité, l'alcool et la syphilis, et ces facteurs peuvent agir isol ou se rencontrer associés.

Bien des symptômes peuvent dès la petite enfance mettre voie d'un diagnostic précoce. Mais souvent la disposition né thique ne se manifeste que vers l'âge de cinq ou six ans, premier signe est souvent fourni par une discordance en aptitudes mentales qui sont exceptionnellement développées, forces physiques qui le sont très peu. C'est le plus souvent puberté que des troubles nerveux plus précis font leur appa Si l'on veut remédier utilement à cet état névropathique, s'y prendre de bonne heure, et l'on réussira souvent par u tème d'éducation judicieusement approprié, et à la fois ph et moral. Le régime a une grande importance et il cor beaucoup d'éléments azotés; mais il faut se mettre en garde une tendance très commune chez les parents, la tendance à ralimentation. Le traitement moral joue ici un rôle capital : habituer l'enfant à la plus stricte obéissance, en évitant l possible la dureté ou les punitions, mais en appliquant la tion avec fermeté chaque fois qu'elle est nécessaire. La cond dance aux volontés de l'enfant, sous le prétexte qu'il ne fa contrarier un malade, est l'un des plus sûrs moyens d'aboutir aggravation de l'état nerveux. Au point de vue de l'instruct y a des précautions à prendre : l'enfant est précoce, il a le facile, la mémoire complaisante, les parents sont enchantés faire briller et le poussent au travail, ce qui est une faute Le travail intellectuel doit être léger, simple, et n'entraîner fatigue. Il importe ici plus que partout ailleurs que le déve ment intellectuel suive le développement physique et ne le p jamais.

R. DE MUSGRAVE-C

IX. La névralgie trifaciale et son traitement; par Henry Trev BER (*The New-York Medical Journal*, 15 mars 1902).

L'auteur rapporte une observation de cette affection aussi que douloureuse, et de laquelle il conclut que l'aconitine être réellement le spécifique de cette maladie, mais que s tion doit être soutenue par l'emploi d'une médication rec tuante, et notamment par l'usage des préparations martiale

R. DE MUSGRAVE CL

neurasthénie et son traitement; par M. Romme (*Presse médicale*, 22 mars 1902).

qui frappe quand on aborde la question de la neurasthénie, une sorte de contraste entre la symptomatologie mobile de affection et l'uniformité du traitement qu'on lui oppose. A es neurasthéniques on conseille de ne pas penser à leur ma- de chercher des distractions, de se mettre à l'hydrothérapie. nt en cela les idées de M. Maurice de Henry, M. Romme rap- que les neurasthéniques se divisent en deux classes. Les uns ntent de l'hypertension artérielle et sont de véritables in- iés qui guérissent lorsque, une fois désintoxiqués, leur e de tension artérielle s'abaisse. Les autres, au contraire, t comme signe caractéristique de l'hypotension artérielle et eux la disparition de la dépression nerveuse et de l'état men- rticulier qu'ils présentent ne s'obtient qu'à la condition de r la tension des artères.

rasthénie à hypertension. — Régime lacté absolu puis au bout ielques jours régime lacté-végétarien, massage, douches les, bains de vapeur, grandes injections de solution physio- ie de chlorure de sodium.

rasthénie à hypotension. — Quatre petits repas, très modéré- copieux, viande, poissons, légumes, repos au grand air sur haise longue, douches froides, bains salés ou sulfureux, ations d'oxygène, injection salines à petites doses, 1 à 2 gram- pouvant s'élever jusqu'à 10 grammes, en ayant soin de diffé- piqûre le jour où la pression artérielle s'élève et d'augmenter e quand le sujet se trouve particulièrement abattu.

R. Leroy.

portance de l'hygiène dans le traitement du goitre exophtal- que; par MM. R. Leroy et Veslin (*Presse médicale*, 6 septem- 1902).

maladie de Basedow est un syndrome, frustre ou complet, lequel les médicaments les plus divers ont été tour à tour nisés. Le traitement classique, depuis un certain nombre ées, consiste dans l'emploi de l'électricité, principalement orme de courants faradiques, selon la méthode de Vigou- préconisée par Charcot.

près MM. Leroy et Veslin, la meilleure thérapeutique serait *ygiène parfaite*. Ils citent l'opinion des auteurs qui insistent ur les moyens hygiéniques et rapportent à l'appui de leur une intéressante observation. Une femme de trente-six ans, de l'hérédité vésanique, névropathe elle-même, présente 1884 un léger goitre. Quatorze ans plus tard, en 1898, le

goitre grossit et les symptômes complets du syndrome ba
apparaissent. La situation devient tellement alarmante qu'
gien des hôpitaux préconise une intervention. La malade
de ce péril revient en toute hâte à son domicile, quitte
tions mondaines, ordonne une existence avec une parf
larité, renonce aux spiritueux et à tout excitant, se me
évite toute émotion, prend de l'exercice sans fatigue e
traitement hydrothérapique.

Huit mois après, elle était complètement rétablie et la
se maintient depuis trois années. R.

XII. Aspects contemporains sur le traitement des ali
W. Ehrenwall. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901).

L'auteur annonce que la section ouverte construite
auprès de sa petite section fermée représente pour ainsi
section intermédiaire entre l'asile d'aliénés et l'établissem
drothérapie. On y traite des malades libres affectés de
psychoses légères, et les cas de troubles mentaux non ju
de la séquestration, à la limite de la folie. P. Ke

XIII. Le traitement des enfants atteints de défectuosité
(*Défectives*) ; par Maximilien P.-E. Groszmann. (*The*
Medical Journal, 1er février 1902).

C'est une lamentable histoire que celle des divers tra
mauvais ou maladroits, qui ont été trop longtemps et tro
infligés à des enfants que l'on est allé quelquefois jusq
dérer comme des incarnations du diable, alors qu'ils ét
plement l'incarnation héréditaire, beaucoup moins sur
des vices ou des maladies de leurs ascendants. Leur so
d'hui est assurément plus heureux, mais il en demeure
nombre auxquels on n'accorde ni l'attention, ni la syn
laquelle ils ont droit. On peut les diviser en deux groupe
mier, celui dont on s'occupe le plus, comprend les psycho
(folie, idiotie, criminalité) ; le second comprend ce que
mands appellent « psychopathische Minderwerthigkeit
difficile à traduire, et que Van Liew a rendu assez heur
par l'expression d' « anomalies mentales mineures ».

Dans les deux groupes, l'anomalie peut être congénita
survenue après la naissance sous des influences diverses.
périodes de la vie de l'enfant sont des périodes d'électio
modifications mentales passagères qui demandent à être
et soignées. Il suffit d'un peu de réflexion pour se rend
que, chez nos enfants, notre négligence peut enrayer
loppement normal, et former des êtres qui ne dépasser
une certaine limite et resteront défectueux d'une maniè
nente au point de vue de la civilisation progressive.

'auteur entre ici dans quelques considérations, largement enuélées de citations, sur l'idiotie et sur les quelques facultés qu'elle se quelquefois atteindre un grand développement (faculté mule, aptitude au calcul mental), puis il aborde la question de la e chez les enfants, et il arrive aux *anomalies mentales mineures*. a conclusion fort logique est que toutes les fois que l'on rerquera chez un enfant des anomalies de caractère ou de conte, il convient aussi bien pour l'éducateur que pour le médecin i rechercher soigneusement les causes qui sont assez souvent siques. Cela vaudra mieux que d'user systématiquement à ard de l'enfant, soit d'une sévérité inopportune, soit d'une ingence mal entendue, on sera conduit ainsi à un traitement logi- de ces anomalies, et, assez souvent pour que l'on soit encouré à cet effort, on sera récompensé de la peine que l'on aura prise la guérison de ces anomalies mineures.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

. **Le crime dans la paralysie générale**; par W.-C. SULLIVAN. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).

.es crimes contre les personnes (homicide et suicide) sont moins nmuns chez les paralytiques généraux que dans d'autres formes folie, la folie sénile, par exemple. Les crimes contre la propriété t en revanche extrêmement fréquents, et le plus souvent la dance au vol accompagne la forme expansive de la maladie; est rare chez les paralytiques mélancoliques : le plus souvent ol a un caractère purement impulsif. Les paragraphes relatifs suicide et à l'homicide sont principalement consacrés à reprore les opinions des auteurs. Les délits ou crimes d'ordre sexuel t, on le sait, communs au début de la paralysie générale surt dans sa forme expansive.

.'auteur s'attache ensuite à étudier les causes qui déterminent lirection spéciale de la volonté dans la paralysie générale, et à liquer le contraste de la conduite entre cette maladie d'une part la démence chronique de l'alcoolisme et de la sénilité d'autre rt.

l pense que si les impulsions à des actes d'appropriation, de , sont fréquents dans la paralysie générale, et si le suicide et omicide sont rares, c'est parce que la note générale des sentints affectifs est ordinairement optimiste.

Au contraire, dans l'alcoolisme chronique et la sénilit note est communément pessimiste, les impulsions à de violence sont relativement fréquentes. L'explication du particulier de la conduite et des idées dans la paralysi rentrerait donc dans le grand problème de l'origine affectifs dans cette maladie. Bien des solutions de ce ont été proposées : la plupart partent de ce principe qu ceptions délirantes optimistes sont étroitement liées a cérébrales, et l'on a été jusqu'à considérer le délire comme l'équivalent psychique de l'hyperhémie corti recherches récentes de pathologie cérébrale, qui ont rement étendu nos connaissances sur l'anatomie micr du cerveau des paralytiques, des alcooliques et des n'ont rien démontré qui permette de rattacher les s psychiques actifs de ces maladies à des altérations cortica ciables.

L'hypothèse qui explique par des lésions cérébrales sp variétés de sentiments et de pensées chez les paralytique donc absolument dénuée de preuves. On peut même affirr est sans utilité. Ce qui est pathologique dans l'exalta dépression du paralytique, — c'est-à-dire la qualité de est un caractère de la démence, un résultat de la disso cerveau, qui n'implique en aucune façon que la note gé phénomènes émotifs se produise autrement que dans tions normales. La clinique vient d'ailleurs à l'appui de ception plus simple. Considérons d'abord à ce point de vu mélancolique ; les conditions ordinaires dans lesquelles c la dépression mentale peuvent être classées de la ma vante : 1° *Age*. — Kraepelin a montré que le type mélan rencontre ordinairement chez des sujets qui ont dé moyen d'apparition de la maladie et qui présentent des sénilité prématurée. et Cullerre a noté la forme dépre les cas où la maladie est associée à des lésions athér généralisées ; 2° *Intoxications*. — La dépression est la règ paralytiques à antécédents alcooliques : sur 100 paralytiq liques, Talon n'a rencontré que douze fois la forme exp Même observation pour l'intoxication saturnine (Devoug 3° *Affections viscérales*. — On sait que le délire hypoch est presque toujours lié à des lésions viscérales. Clousto dépression mentale chez presque tous les paralytiques tu et Wendel les paralytiques cardiaques ; *Antécédents vésa* Si la paralysie générale survient chez un persécuté, il e de penser que la forme affective en subisse l'influence e forme dépressive ; c'est ce que l'on observe en effet. — A l peut-être de ce dernier groupe, on sait que la dépressio tique est soumise aux influences qui agissent défavorabl

tat de la loi organique. Inversement, si ces influences font dé-
it, si la vie organique est saine et normale, les sentiments effec-
revêtiront la forme optimiste, et si cette forme est particulière-
nt fréquente, c'est que la paralysie générale est ordinairement
e maladie de l'âge moyen, de l'âge de pleine activité vitale (de
nte à cinquante-cinq ans le plus ordinairement). La consé-
ence de cette hypothèse, c'est que les mêmes symptômes opti-
stes doivent se retrouver dans d'autres formes de démence, où
itégrité des fonctions organiques est conservée, et c'est en effet
que l'on observe, dans l'alcoolisme (Régis, Camuset), dans la
nence due à d'autres formes de lésions organiques du cerveau
strowitz, Burzio, Vægelin) et enfin dans la sénilité.

Ainsi des preuves cliniques de provenance diverse conduisent à
s conclusions identiques.

Qu'il s'agisse de paralysie générale, d'alcoolisme, de sénilité, la
mence est seule le résultat des lésions cérébrales et son degré
proportionnée à leur étendue.

Les symptômes psychiques d'impulsion et de pensée ne sont pas
s effets directs de ces lésions ; ils sont l'expression — considéra-
ement exagérée par suite de la démence — de l'influence de la
organique « où plongent les racines des émotions et de la
lonté » (Mandsley).

Ceci revient à dire que les conditions plus simples de la démence
font que rendre plus évidentes et plus manifestes les relations
i gouvernent une grande partie au moins des opérations nor-
ales de l'esprit. « C'est l'association des émotions, et, en même
nps que celle des émotions, celle des impulsions, qui détermine
ssociation des idées. » De cette cænesthésie dépend le groupe-
nt des phénomènes de mémoire qui constitue les impulsions et
idées délirantes.

R. de Musgrave-Clay.

Les aliénées criminelles : esquisse; par John Baker. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).

Voici les principaux points de cette étude : l'auteur fait remar-
er d'abord que les aliénées criminelles comprennent deux
oupes ; l'un formé des femmes qui ont été légalement poursui-
s et jugées et acquittées comme folles, mais internées ; et l'autre
nstitué par celles qui ont été condamnées et sont devenues
iénées pendant qu'elles subissaient leur peine. Le type de folie
plus fréquemment observé est la manie avec délusions. Le
us souvent ces malades sont bruyantes, obscènes et sujettes à
s paroxysmes de violence. La manie est souvent accompagnée
idées de persécution, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe :
trouve aussi quelquefois des perversions du goût et de l'odorat :
s idées délirantes revêtent souvent la forme sexuelle.

L'infanticide commis par des aliénées n'a pas jusqu
l'attention qu'il mérite; la littérature de ce sujet est trè
Les registres de Broadmoor relèvent 253 infanticides : da
l'infanticide a été double, dans 8 cas triple. Les ten
meurtre sont au nombre de 33, et la faiblesse de ce c
rapport aux meurtres effectivement accomplis montre
ment avec quelle préméditation et quelle volonté le m
ordinairement commis. L'auteur n'entend pas se préoc
des symptômes mentaux qui accompagnent ce genre
mais plutôt l'examiner au point de vue médico-légal. On
dans un tiers au moins des cas de folie puerpérale, les
au suicide ou à l'homicide, existaient, séparées ou assoc
qu'elles n'étaient en général ni vicieuses, ni préméditées
lement conduites. Vicieuses, non; mais préméditées et h
conduites, assurément oui, surtout après la première
Bien que cela puisse sembler paradoxal, ce n'est pas l
conduit la mère à tuer son enfant, mais plutôt une s
maternelle pathologique et égarée : rarement elle nie l
s'excuse plutôt en disant que l'enfant sera plus heureu
Les troubles mentaux qui dépendent de la gestation son
nément et commodément divisés en trois groupes qui
cun leurs caractères propres : folie de la grossesse, foli
rale et folie de l'allaitement. La folie de la grossesse est
la plus rare, la folie puerpérale la forme la plus c
L'étude des cas observés à Broadmoor montre que l'infan
beaucoup plus fréquent dans la folie de l'allaitement qu
folie puerpérale. Ce fait surprendra moins si l'on se sou
le terme de folie puerpérale est ordinairement appliqué,
— aux cas de cet ordre. Les chiffres relevés à Broadm
l'infanticide sont les suivants : folie de la grossesse 5 p.
puerpérale 35 p. 100; folie de l'allaitement 60 p. 100.

Nous sommes très loin de posséder des données certai
psychologie de la grossesse : ce que nous savons c'est qu
compagne souvent d'une grande dépression mentale pou
jusqu'à la mélancolie. On a dit que l'âge de la malade ava
fluence sur la folie de la gestation, qui serait plus comm
trente et quarante ans. Les statistiques de Broadmoor
ment pas cette manière de voir. — La folie puerpérale est u
mental qui survient dans une période courte consécuti
la délivrance, à laquelle elle paraît se rattacher intime
auteurs ne sont pas d'accord sur le moment où l
puerpérale cesse pour faire place à celle de l'allaitement
donne six semaines comme limite de l'état puerpéral; B
ne donne qu'un mois en règle générale, mais en acc
pour certains cas discutables, et Campbell Clark, pou
incertains et mixtes, va jusqu'à deux et trois mois. En

as de Broadmoor, l'auteur a rapporté à la folie puerpérale les nticides commis dans un délai de deux mois après l'accouche-t, et à la folie de la lactation les crimes commis à une date tardive ; mais cette distinction doit toujours être considérée ne arbitraire, les idées délirantes qui aboutissent au crime ant couver pendant plusieurs semaines avant d'en provoquer cution.

propos de la folie puerpérale, il convient d'étudier le meurtre nouveau-nés : l'asile de Broadmoor fournit 20 cas de cet e : dans ce nombre on compte seize filles-mères. On sait com-t les choses se passent en pareil cas : l'enfant crie, la mère ée le tue ; le juge, le jury, en présence de la gravité de la e s'ingénient à trouver des atténuations dont la plus commune iste à invoquer la folie passagère ; très passagère en effet, que sur les 20 cas de Broadmoor, douze femmes ont pu être ses en liberté après un internement très court : c'est un taux uérison exceptionnellement élevé dans la folie homicide.

plupart des infanticides commis plus tardivement dans la ode puerpérale sont dus à des troubles mentaux de type mélan-que. Par leurs caractères généraux ils ressemblent aux infan-es de la lactation et peuvent être étudiés avec eux. Ces nticides de la lactation se rattachent à des causes diverses : sement fonctionnel et déchéance mentale consécutive, prolon-on de l'allaitement pour éviter une conception nouvelle qui nenterait la misère, répétition des allaitements, enfin misère siologique et misère sociale. Comment s'étonner en pareil cas infanticide qui, le plus souvent, s'accompagne d'idées et ois de tentatives de suicide. Il est à remarquer que dans les d'infanticide les idées religieuses sont très souvent liées à ession homicide. Le nombre des femmes atteintes de folie de itement à Broadmoor est de 115 : leur âge est plus élevé pour la folie puerpérale.

ans les cas d'homicide se rattachant aux troubles mentaux qui mpagnent la gestation, certaines circonstances sont favorables léfavorables à la guérison : les principales sont les suivantes : *âge* : plus la malade est âgée, plus les chances de guérison inuent. 2° *le nombre des enfants* : si la femme est épuisée par grossesses répétées, le pronostic est généralement défavorable. *s attaques antérieures :* ces attaques sont dans la majorité des puerpérales : on en comptait 24 cas à Broadmoor. 4° *la pré-osition héréditaire* rencontrée dans 28 cas. 5° *l'épilepsie* à titre omplication. 6° *l'illégitimité de l'enfant tué*, qu'il s'agisse d'une me mariée ou d'une veuve. — Dans trente-trois cas le meurtre enfant avait été commis sous l'influence de la folie de la méno-se. Ces cas ressemblent à ceux qui ont été décrits ci-dessus.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XIV. **Le tabès chez la femme**; par E. MENDEL (*Neu Centralblatt*, XX, 1901).

Sur 42 464 malades admis à la policlinique, il y avait 2
mes, dont 725 tabétiques, soit 3,53 p. 100, et 21 925 fen
288 tabétiques, soit 1,31 p. 100, ce qui donne une fe
tiques pour 2,7 hommes atteints de la même maladie
classes aisées on ne compte qu'une tabétique pour 2
C'est exactement la proportion de la paralysie généra
la moitié des cas, 44,3 p. 100, s'observent de trente-ci
rante-cinq ans, tandis que, pour l'homme, cette propor
de trente et un à quarante ans.

Sur les 288 femmes tabétiques, 252 étaient mariées,
célibataires. Sur les 252 tabétiques mariées, 83, soit 3
n'avaient pas d'enfants : ou bien elles n'avaient pas conç
ou elles avaient avorté ; ou enfin leurs enfants étaient
les premiers mois de la vie. Une enquête a montré que
était presque trois fois plus fréquente chez les femmes
que chez les femmes ordinaires vivant dans les mêmes
sociales. Si l'on en rapproche la mort fréquente des
bas-âge appartenant aux premières, on a de la tendanc
la syphilis. La syphilis n'est-elle pas aussi souvent la c
stérilité ? Ce serait donc de l'aveuglement que de tenir
du tabès pour une complication accidentelle. Il existe d
cas où la tare héréditaire est vraisemblablement de nat
litique : c'est cette forme de l'hérédité qui domine. Il n
en dehors de ce facteur, d'autres éléments étiologiqu
femme, que ceux de l'homme.

Le tabès de la femme est caractérisé par une ataxie ta
extrême rareté de l'arthropathie, des crises gastriques
moins fréquentes que chez l'homme, une marche plus
Mais l'amaurose y prédomine : 21 cas. On y rencont
anesthésie hystérique typique, et la maladie de Based
tomatique, par lésion du faisceau solitaire (?) : 3 ca

P. KE

XV. **Observation de myasthénie pseudoparalytique g** L. MENDEL. (*Neurologisch. Centralb.* XX. 1901)

Il s'agit d'une femme vigoureuse, bien musclée, suf
grasse, de vingt et un ans qui, de la fin de décembre

janvier 1901, présente les accidents suivants. Elle entre à l'hôtal parée qu'elle a successivement éprouvé : de la difficulté de archer, surtout dans la jambe gauche, de la difficulté d'avaler et parler, une fatigue générale, le retour des aliments par le nez, l'hypersécrétion salivaire et urinaire, des crampes la nuit dans mollets, enfin des accès brusques de stupidité pendant lesquels rétée, immobile, le regard fixe, elle laisse tomber, inconsciente, objets qu'elle avait entre les mains.

On constate : un faciès cynotique, une physionomie sympathie, aimable, une intelligence indemne, une parésie faciale légère, rtout à droite. Les muscles droits interne des yeux sont parés surtout du côté droit : la lumière détermine d'abord un rétrésement des pupilles qui se relâchent ensuite pour se contracter nouveau et se dilater finalement (hippus). De même les masséts se fatiguent vite, ainsi que la langue, le voile du palais pendant phonation, les cordes vocales ; le réflexe palatin est faible ou sent ; le réflexe pharyngien existe. Aucune atrophie de la langue, s lèvres, des muscles quelconques; pas de réaction dégénérave. Conservation du goût et de l'odorat. Parole bulbaire accusée, rtout le soir; la malade se fatigue à parler, notamment quand la fait compter, elle perd vite haleine : la fait-on chanter, au ut de 10 à 20 mots, elle précipite le débit, la salive lui coule de bouche, elle doit se reposer; elle reprend son chant et les êmes phénomènes se reproduisent. Les mouvements ordinaires s membres supérieurs et inférieurs sont affectés de semblable anière. Nul affaiblissement des reflexes patellaires. La piqûre t plus vivement ressentie sur la moitié droite du corps. Poumons tacts, mais la respiration est pénible. Rien au cœur : le second uit à la base n'est pas claqué, Pas d'artériosclérose. Pouls petit, on tendu, fortement intermittent. Rien au sang. Urine quelque eu albumineuse : 0,23 pour 1 000; pas d'excès d'indican; quelles cylindres hyalins et granuleux isolés. La rate est volumineuse certains jours.

L'examen électrique, qui, au début ne présentait aucune anoalie, a fini par révéler la réaction myasthénique des muscles alatins et masticateurs, des biceps, de la portion antérieure et ostérieure des deltoides : l'application de 20, 30, 50, 60 courants tanisants finit par ne plus produire de contraction musculaire; elle-ci reparait nette et vigoureuse sous l'influence du même courant quand on a laissé reposer le muscle une demi-minute. Ce hénomène est plus accusé au courant faradique qu'au courant alvanique.

Evidemment ce n'est ni une paralysie bulbaire atrophique progressive, ni une paralysie bulbaire apoplectique aiguë, ni une aralysie pseudobulbaire, ni une dystrophie musculaire, ni une olynévrite. Ce pourrait être une polioencéphalomyélite : il y

manque l'atrophie musculaire progressive, les modificatio
litatives et quantitatives de l'excitabilité électrique, les
ments fibrillaires, et d'autre part la réaction myasthén
changements observés dans l'état de la malade le matin
ne permettent pas de s'y arrêter.

La tare héréditaire tuberculeuse de la patiente et son ét
térie (hyperesthésie droite transférable par suggestion à
sont à considérer. Il est difficile de croire à une affectio
primitive génératrice de la myasthénie, car l'albuminurie
gnifiante, il n'existe pas d'hypertrophie du cœur, pas d'
clérose, pas de claquement du second bruit, pas d'hyper
sanguine, pas d'état général correspondant. Les intermitt
pouls, l'arhythmie cardiaque, la tachycardie, espacées i
une myasthénie du cœur ayant les mêmes caractères d
musculaire que les phénomènes des muscles des membr
respiration, du sphincter pupillaire. P. KERA

XVI. **De la dysphagie amyotaxique**; par G.-J. ROSSOLIMO. (
Centralb. XX, 1901).

Long mémoire basé sur 8 observations, duquel il rés
existe une *dysphagie nerveuse propre aux héréditaires d*
Ce trouble de la déglutition survient à l'âge où se dévelo
plupart des affections analogues, c'est-à-dire les amyota
le bégaiement : il se montre après la jeunesse pour, p
prolonger à un âge avancé. Il apparaît seul sous la forme
nution du reflexe de la déglutition, ou associé à une obs
une émotion anxieuse relative à l'opération même,
l'influence, soit d'une affection organique objective de l
intéressé, soit d'une sensation subjective souvent violente
sation correspondante. Les émotions peuvent y prédispo
était ainsi chez trois malades anxieuses de ne pas voi
leurs maris occupés à boire dans quelque coin : l'attente
l'idée agissait sur l'appareil de la déglutition.

La dysphagie consiste : en la simple impossibilité d'a
la sensation d'un obstacle vague qui s'oppose à la déglut
l'incapacité d'avaler parce que le patient appréhende d
réussir à déglutir (phobie angoissante) : il craint aussi
essaie d'avaler il n'étouffe. La dysphagie, en ce cas, por
sur les aliments solides, surtout quand il existe des s
buccales et pharyngiennes bizarres. Il en est qui éprouve
palement de la difficulté à déglutir les liquides, notamm
dont la sensibilité pharyngienne est diminuée, et, en
anxieux. Enfin d'aucuns avalent aussi péniblement les li
solides.

La maladie une fois survenue prend généralement ra

re des années. Les accès sont plus courts quand à la dysphagie ssocie une autre phobie, ou un élément hystérique. Le synôme dysphagique est plus opiniâtre lorsqu'il est seul. Il y a u de croire que, quelles qu'en soient les variantes, ce phénoène, de même que la pluralité des phobies et amyotaxies cérébales, disparaît à un âge avancé. Les injections hypodermiques rsenic, l'administration interne de calmants tels que la codéine, Na Br, la franklinisation locale et générale, la suggestion hyptique, sont à essayer : mais leur réussite est subordonnée à la ppression de l'émotion inhibitrice ; elle n'est donc supposable que ns un très petit nombre de cas tout à fait légers, et surtout dans ux où une partie des accidents peut être mise sur le compte de ystérie.

Evidemment le rétrécissement organique de l'appareil digestif est pas plus en cause, ici qu'une lésion organique du système rveux. Mais cette dysphagie peut être symptomatique d'une tération anatomique nerveuse ou non. Voici l'exemple d'une me de quarante-et-un ans, veuve depuis l'âge de vingt-sept, ant présenté la boule hystérique, de l'excitation sexuelle, et la sphagie en question, chez laquelle on trouva, à l'autopsie, un ncer annulaire de l'œsophage au niveau de la crosse de l'aorte, de la polynévrite parenchymateuse subaiguë. L'hystérie peut, non la produire, au moins s'y joindre, mais toutes deux peuvent pendre d'une affection organique ou fonctionnelle différente.

D'ailleurs la plupart des malades envisagés en l'espèce étaient de éférence des dégénérés : la dyphagie s'était développée et avait olué au fond comme toute autre affection analogue amyotaque. Ses modalités permettent seulement de la diviser en : dysagie amyotaxique *motrice*, caractérisée par de la parésie de cte de la déglutition ; dysphagie amyotaxique *sensorielle*, provoiée par un trouble sensoriel ; dysphagie amyotaxique *psychique*, ns laquelle prédomine de l'angoisse ou une obssession relative l'acte de la déglutition. P. KERAVAL.

.VII. **Observation de tabès infantile**, par M. BLOCH. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Il s'agit d'un jeune garçon de dix-sept ans qui n'en paraît pas us de treize à quatorze. Immobilité des pupilles, signes de Westal et Romberg, troubles vésicaux, troubles du côté de la sensilité et de la coordination. Impossible de constater sûrement la philis héréditaire : elle est cependant fort probable, sa mère ant eu de nombreux avortements ou accouchements prématus, et ne possédant, sur dix grossesses, dont cinq enfants ayant cu, que ce jeune homme et une fille. L'infantilisme du patient sulte sans doute de ce qu'il est venu avant terme, à huit mois.

Sa sœur est scrofuleuse, mais ni le père ni la mère, ni c
présentent de troubles nerveux.

Le jeune garçon est pris en outre, de temps à autre, d
ments de cœur avec angoisse, accélération du pouls, qui l
à s'asseoir, à se comprimer la région précordiale, à boir
d'eau : durée un quart à une demie minute. P. Kerava

XVIII. De l'appendicite dans les familles de névropat par Adler. (*Neurolog. Centralbl.* XX. 1901).

Quelques faits permettent de croire que l'origine de l'a
cite en pareils cas remonte à l'*insuffisance de l'appareil m*
de l'intestin, héréditeire ou nerveuse. Il n'est pas nécess
cette insuffisance soit assez forte pour produire de la con
chronique, il suffit qu'elle prive l'appendice iléocœcal
ments contractiles indispensables pour expulser le conte
tinal qui y a pénétré. P. Kera

XIX. D'un nouveau tableau morbide analogue à la tétani saturnisme chronique, par H. Haenel. (*Neurolog. C* XXI, 1902).

Il s'agit d'un compositeur d'imprimerie de vingt-qua
saturnin, atteint d'une affection musculaire chronique pr
caractérisée par des contractions tétaniques, douloureu
groupes musculaires les plus différents, contractions
continuelles, à l'occasion d'excitations extérieures faibles,
vements violents, ou sans motif. Le côté gauche du corps
pris le tronc a été atteint avant le côté droit : il est ma
plus fortement pris que ce dernier. Intégrité de la tête
face, sauf les muscles qui concourent à l'ouverture de la
Intégrité de la sphère sensitive, moins de faibles paresthési
sensorium. Cette espèce tient le milieu entre la tétanie et
kymie. La question du diagnostic et de l'étiologie est fort
dans le mémoire. P. Kerav

XX. Observation de myélite ou d'encéphalomyélite aiguë née consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone, t par la guérison, par A. Panski. (*Neurolog. Centrall* 1902).

Il s'agit de toute une famille composée du père, de la mè
enfant de deux ans, asphyxiés par un poële. L'enfant es
mort; la femme présente une intoxication légère; le mari
signes d'une grave maladie cérébro-spinale. L'auteur attrib
différence à ce que le lit du père etait plus éloigné des p
fenêtres et plus rapproché du poële. Cependant l'enfant
auprès de sa mère, et, d'ordinaire, cet âge a plus de résist
toxique que l'adulte.

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans jusque-là solide et d'une rfaite santé; l'existence d'une paralysie spasmodique, non générative des extrémités inférieures, d'une incontinence de rine et des matières, de troubles trophiques et vasomoteurs ılles de pemphigus et accidents du décubitus), d'une somnolence rant des jours entiers, de l'obnubilation de la conscience, la lenteur et de la confusion de l'articulation, de l'amnésie, etc., ıt ceci indique un processus aigu occupant les ganglions de la se, le cerveau et la moelle. Les mêmes symptômes, de concert ec des troubles légers de la sensibilité, de concert aussi avec nique cause en question, permettent d'affirmer l'encéphalomyélite guë disséminée oxycarbonique.

Le patient fut renvoyé trois mois plus tard, presque guéri. Deux ois mois après sa sortie de l'hôpital, on ne constatait plus qu'une agération des reflexes tendineux et un certain degré d'affaiblisnent intellectuel. Capable de marcher beaucoup sans fatigue, il perdu son énergie et son initiative. C'est encore en faveur du agnostic. P. Keraval.

XI. Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien; par A. Sicard (*Presse médicale*, 25 janvier 1902).

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien de l'homme est air comme « de l'eau de roche ». A l'état pathologique, il peut ésenter des aspects bien différents depuis la teinte sale, purunte, jusqu'à la teinte hémorrhagique jaune, verdâtre. Fürbrinr, le premier, en 1895, constate la teinte sanguinolente du uide céphalo-rachidien dans deux cas d'hémorrhagie cérébrale, aun, Krönig, en Allemagne, Netter et Clerc, Gilbert et Castaigne, idal, Achard et Læper, Sicard et Ravaut, Bard en France, ont ccessivement étudié la coloration du liquide céphalo-rachidien ns différentes affections. Des observations publiées par ces aurs se dégagent les faits suivants : 1° *Dans toute hémorrhagie du vraxe* à siège sous-dure-mérien, qu'elle reconnaisse une origine rébrale médullaire ou méningée, le liquide céphalo-rachidien ut présenter une coloration spéciale franchement hémorrhaque, ou seulement hématique ou jaune verdâtre. Seul l'aspect unâtre, jaune rosâtre ou jaune verdâtre est caractéristique; Au cours *des méningites aiguës cérébro-spinales*, tuberculeuses bactériennes, le liquide céphalo-rachidien peut également prénter cette teinte jaunâtre; 3° Au cours de *l'ictère chronique*, on ut également noter cette coloration.

La date d'apparition et de disparition de la coloration dans les s d'hémorrhagie est variable ; elle apparaît généralement entre 3e et le 6e jour, suivant le siège et l'abondance de l'hémorrhae. La nature de la coloration semble due à un pigment spécial rmal dans le sérum du sang, la lutéïne. R. Leroy.

XXII. Un cas d'asthénie bulbo-spinale. Syndrome d'Erb-G
par RAYMOND (*Presse médicale*, 26 février 1902).

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, sans antécéd
réditaires ni personnels, qui présenta dans les premiers jou
1901, de la *faiblesse de la vue* et de la *diplopie*. On diagnost
paralysie de la 3e paire du côté gauche, début probable d'
et on ordonne des frictions mercurielles. Quelques jou
survient de la *faiblesse des jambes et des membree supérie*
thénie respectant les muscles dorso-lombaires, les exte
fléchisseurs de la tête et les muscles dits bulbaires inférie

A l'entrée du malade à la Salpêtrière, le professeur F
note : sensibilité normale, réflexes normaux, pas de trou
phiques ni vaso-moteurs, aucun trouble moteur dans le
des muscles innervés par les faciaux, les vago-spinaux, l
glosses et les trijumeaux masticateurs.

Membres supérieurs : asthénie portant sur tous les
musculaires, groupes de flexion, d'extension, d'abductio
duction. *Membres inférieurs* : asthénie semblable génér
malade a de la peine à exécuter avec ses membres les mou
physiologiques et surtout à conserver certaines attitude
général est bon, les organes fonctionnent bien. L'*examen*
montre une paralysie complète du droit interne droit et u
sie assez accusée du droit interne gauche. L'étude de la
indique aussi une légère parésie (diplopie en hauteur) d
supérieur et inférieur gauche. L'*examen électrique* ne décè
réaction de dégénérescence dans les membres frappés d'

Quel diagnostic doit-on porter en cette occurence? La
dissociée des principales branches de la 3e paire fait pe
syphilis cérébrale, mais l'échec du traitement spécifique p
rejeter cette hypothèse. Le tabes ne peut pas non plus
en cause, en raison de l'absence des deux manifestations
de cette affection, abolition du réflexe rotulien et douleu
rantes.

Serait-ce une lésion des noyaux d'origine ou des raci
3e paire? Le malade aurait présenté un ictus apoplectif
dans le cas d'une polyoencéphalite supérieure, des sy
bruyants tels que céphalée, vomissements et hallucinatio

L'insuffisance fonctionnelle des muscles des quatre me
de quelques-uns des muscles intrinsèques des yeux relèv
thénie, bien plus que de l'akinésie. Or, nous connaisson
une vingtaine d'années une maladie purement fonctio
système nerveux, dont la symptomatologie se résume
asthénie des muscles innervés par la mésocéphale et de ce
nerve la mœlle. On l'a décrite sous le nom d'*asthénie bu*
syndrome d'Erb. Goldflam en élargit le cadre. L'asthénie

evient l'*asthénie bulbo-spinale* et cette affection se rapporte à un
omplexus symptomatique ayant pour lieu commun l'absence de
sions grossières attestées soit par le guérison, soit par les résul-
ts de l'examen histologique dans des cas où des phénomènes de
aralysie bulbaire se trouvaient associés à des phénomènes de pa-
lysie des membres et du tronc.

L'anesthésie bulbo-spinale s'observe principalement chez des
jets jeunes, sans causes tangibles. Les manifestations sensitives
nt défaut. Il s'agit d'une affection essentiellement motrice;
osis, paralysie des muscles de l'œil, troubles de la mastication,
la déglutition, de l'articulation des mots. Elle atteint son apo-
e en quelques mois. Tous les muscles animés par des nerfs
ânio-bulbaires peuvent être touchés, la participation du facial
ipérieur étant relativement rare. Cette anesthésie fonctionnelle
vahit toujours des groupes de muscles innervés par la moelle et
eut s'étendre à tous les muscles du squelette. Ce n'est donc pas
ne anesthésie purement bulbaire, mais aussi spinale.

Chez le malade faisant l'objet de cette leçon clinique, on retrouve
en les traits fondamentaux du syndrome d'Erb-Goldflam. Sou-
is à un traitement opothérapique par l'ingestion d'un extrait de
psules surrénales, le patient a vu son état s'améliorer considéra-
ement durant quelques semaines. Cet essai thérapeutique fait
enser que les manifestations de l'anesthésie bulbo-spinale peu-
ent être mises sur le compte de quelque auto-intoxication ou de
uelque infection locale. A l'appui de cette manière de voir on
eut invoquer une récente observation de Lagner et Weigert, de
rancfort. Un homme, qui présentait les symptômes de la *myas-
nie d'Erb*, mourut après quatre ans de maladie, en pleine con-
aissance. L'autopsie prouva l'existence d'une *tumeur maligne du
ymus*.

R. LEROY.

XIII. **De la morphinomanie. Auto-observation d'un médecin morphinomane**; par M. le professeur DEBOVE (*Presse médicale*, 26 mars 1902).

M. Debove rappelle à ses auditeurs combien la morphinomanie
it de ravages parmi les médecins. Il fait entre le morphinomane
le morphiné la même distinction qu'entre l'alcoolique et l'al-
oolisé. Le morphinomane est un sujet chez lequel on ne peut
pprimer la morphine sans produire d'accidents. L'élément es-
entiel pour qu'un morphiné devienne morphinomane serait le
rrain névropathique.

Le professeur dit quelques mots de l'état de besoin de la dé-
orphinisation par les méthodes lente et brusque et lit l'observa-
on d'un médecin morphinomane issu de parents névropathes,
ntré dans l'intoxication, comme cela se voit souvent, à la suite
es conseils thérapeutiques d'un confrère morphinomane. Le ma-

lade ne dépasse pas la dose de 2 à 3 centigrammes par jo
arrive cependant, au bout de quinze jours, à ne plus pc
passer du poison. Il éprouve l'euphorie caractéristique,
besoin avec ses angoisses, la perte de l'appétit, l'insensibi
rale, etc. Que serait devenu ce médecin, aujourd'hui un
probablement une nouvelle victime de la terrible into
Son courage, sa vision nette du danger lui ont permis de
avec la morphine dans des circonstances dignes d'être rap
« Je rentrai à Paris amélioré au point de vue rhumatism
anémié, le corps atone et l'âme éteinte, sauf aux heures d'é
morphinique. Fort heureusement une secousse imprévue
voquer la réaction salutaire. Un matin, je devais retrou
regretté camarade Girode dans le service de Lancereaux p
avec lui « l'épreuve du malade ». J'arrive en avance ; l
médecin de la Pitié, entouré d'élèves, était au lit d'une
c'était une morphinique. Et Lancereaux lui faisait un tab
sissant de sa déchéance physique et morale et de son p
avenir... je me sentis pâlir, ma tête tourna, mes oreilles t
je descendis rapidement dans la cour, gagnais un ban
évanouis. Revenu à moi, je me dis qu'il *fallait rompre*
j'étais perdu... Je diminuai chaque jour d'*un tour de vi*
quotidienne. Au bout d'un mois j'étais délivré. » R.

XXIV. **Epilepsie et amnésie rétrograde**; par **M. J. S**
(*Presse médicale*, 12 avril 1902).

L'existence de l'amnésie rétrograde, à la suite des tr
mes, des émotions violentes, dans l'hystérie, dans les into
chroniques, en particulier l'alcoolisme, est un fait de sém
clinique aujourd'hui bien connu. Il n'en est pas de même
nésie rétrograde dans l'épilepsie.

Le caractère ordinaire de l'amnésie épileptique est d
amnésie *simple* ne portant que sur la phase épileptique ell
Il existe des cas où l'amnésie épileptique n'est pas seulem
ple, mais comprend en même temps une phase rétrogad
glas a déjà rapporté deux observations de ces faits dans
munication à la Société de médecine légale. La première co
un jeune homme épileptique depuis son adolescence c
suite d'une crise comitiale survenue vers midi, sans pro
présenta une amnésie rétrograde s'étendant à tous les év
de la matinée. Dans la seconde il s'agissait d'une m
cinquante ans chez laquelle une crise détermina une am
trograde, totale et permanente, s'étendant aux deux he
avaient précédé l'apparition de l'accès.

L'amnésie rétrograde vraie de nature comitiale est très
moins, elle semble avoir bien peu attiré l'attention des
M. Séglas en a observé un cas portant sur une période

tre heures. Elle est tantôt *permanente* tantôt *transitoire*. Alzhei-r en a rapporté trois exemples très curieux. Dans le premier, endue de la période rétrograde de l'amnésie a été de plus d'un dans le second d'une semaine ; pour le troisième de vingt rs. Dans ces trois cas l'amnésie était absolue, complète. Elle a sisté dix jours dans le premier et le second cas, vingt-deux rs dans le troisième.

a question de l'amnésie rétrograde épileptique est très com-se, en raison des facteurs qui ont pu être la cause détermi-te du syndrome comitial. C'est ainsi qu'un malade de M. Na-tte, minus habens, alcoolique, épileptique, entré à Bicêtre le août 1900, pour une série d'attaques épileptiformes, raconte s les événements de sa vie antérieure à 1879 mais a tout oublié uis cette date. Il se croit en 1879. Un mois après, la mémoire revient. Cette amnésie doit-elle être mise sous la dépendance accidents épileptiques ou du toxique éthylique? R. Leroy.

XV. **La Neuronophagie**; par MM. Albert Devaux et Prosper Merklen. (*Presse Médicale*, 16 avril 1902).

ur les coupes de l'écorce du cerveau des sujets ayant succombé affections les plus diverses, spécialement à celles qui entrai-t une détermination cérébrale, certaines cellules nerveuses araissent partiellement détruites et semblent digérées par des nents voisins : c'est la *neuronophagie*, mode de phagocytose.

es recherches sur ce point d'histologie pathologique doivent valeur à la méthode de Nissl. Différents auteurs ont observé euronophagie dans la méningo-encéphalite chronique, la dé-nce sénile, l'épilepsie et dans certaines intoxications telles que age, l'urémie, le diabète.

'altération cellulaire se fait par étapes nettement différenciées : flement du protoplasma, rejet du noyau vers la périphérie de ellule, disparition du nucléole. Des éléments nouveaux appa-ssent, ce sont des petits corps arrondis prenant plus ou moins coloration, mais toujours très perceptibles, formant un réseau lisé autour de la cellule nerveuse. Ils sont d'autant plus ner-x que celle-ci est plus atteinte. Ces petits corps pénètrent dans térieur de la cellule et finissent par l'envahir tout entier. C'est phagocytose d'une cellule nerveuse devenue inutile, désagrégée ligérée par des éléments nouveaux.

Quels sont ces éléments biophages? proviennent-ils de la mobi-tion des cellules du tissu fixe ou ne représentent-ils qu'une ction spéciale des globules blancs. Valenza, Crocq, France et ias attribuent ce rôle à ces derniers, Krauss et Marinesco, Nissl, rchand, ne concèdent qu'à la névroglie ce rôle destructeur.

l paraît possible que ces deux notions ne soient pas en contra-

diction et que les deux processus puissent évoluer paral
On sait que la moindre irritation s'accompagne d'une
leucocytaire. MM. Devaux et Nerklen pensent que dans
phagie la première place revient aux leucocytes, mais q
vroglie intervient secondairement en comblant les vides
par la destruction et l'absorption de ceux-ci. R.

XXVI. **Un cas de cancer cérébelleux**; par M. le professeu
(*Presse Médicale*, 8 octobre 1902).

Intéressante clinique sur un cas de syndrome cérébelle
l'étiologie était difficile à établir.

Un jeune garçon de treize ans, contracte à cinq ans
scarlatine bénigne et à douze ans une rougeole. Deux m
la disparition de l'exanthème, le 15 juillet 1901, l'enfa
subitement de vertiges, d'éblouissements et de vomisse
pense à un vertige gastrique.

Quinze jours après, au mois d'août, s'installait lenteme
gressivement les symptômes suivants : *céphalée* avec exac
vomissements, *amaurose* progressive, *titubation*. Ces tro
viennent permanents et engagent le malade à venir con
Salpêtrière, en décembre 1901.

Le professeur Raymond note alors : aspect général sa
à part la céphalée, aucune perversion de la sensibilité
intelligence parfaite, aucun trouble de la parole ni de
La station debout et surtout la marche sont caractérist
malade, pour se tenir en équilibre, écarte les jambes
corps d'un côté ou de l'autre, surtout à gauche, *comme
ivre*, vertiges fréquents. Les *réflexes tendineux* sont tous
les *réflexes cutanés* réagissent normalement, le *réflexe d*
est en flexion. Il existe de l'*hypotonie musculaire* et d
intermittent, ni albuminurie, ni sucre. Les *troubles senso*
lisés au niveau des yeux consistent en strabisme diverg
tion de l'amaurose, mydriase, nystagmus, à l'ophta
double névrite optique adémateuse en voie de régressio
que et plus avancée du côté gauche. Les oreilles n'offr
signaler.

Le diagnostic est certainement ici *compression intra-*
On ne saurait songer à l'urémie, car la scarlatine ancien
été accompagnée de troubles rénaux et la perméabilité
normale.

La démarche titubante, vertigineuse, le nystagmus pe
l'exagération des réflexes tendineux coïncidant avec l'
musculaire, les troubles oculaires, la céphalée, les vom
sont une preuve indéniable de *syndrome cérébelleux*.

Quel en est le signe ? S'agit-il d'une sclérose en mass

, non, le début des symptômes a été trop brusque et l'évolu- trop rapide En raison de la double atrophie papillaire, on penser à une lésion localisée à la base du cervelet et s'avan- plus à gauche qu'à droite.

uelle en est la nature ? Le malade est trop jeune pour qu'il question d'hémorrhagie ou de ramollissement. La sclérose en ues n'existe guère au-dessous de quinze ans et n'a pas une mar- aussi rapide. Les deux hypothèses ayant quelque valeur sont s cérébelleux ou tumeur cérébelleuse. L'intégrité de l'oreille, t normal de la température, l'examen cytologique négatif du de céphalo-rachidien, l'absence de toute polynucléose du sang ènent le professeur à l'idée d'une tumeur en voie d'accroisse- t. Cette tumeur serait une néoplasie maligne (sarcome ou ne), car la syphilis n'existe pas ici et la tuberculose se déve- e avec une grande lenteur.

jeune malade a été opéré par M. Segond : ouverture de la cérébelleuse gauche, ponctions exploratrices dans le cervelet une seringue de Pravaz sans aucun résultat. Mort le quatrième

l'autopsie : s'étalait à la base du cervelet et prédominait sur- à gauche une tumeur inopérable qui avait déjà envahi la plus de partie du vermis inférieur et des hémisphères cérébelleux, cipalement de l'hémisphère cérébelleux gauche. L'examen logique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellu- dont le point de départ est vraisemblablement méningé.

R. Leroy.

I. Un cas d'épilepsie consécutive à une lésion traumatique du be préfrontal; par R.-A. Urquhart et W. Ford Robertson. (*The urnal of Mental Science*, janvier 1902).

mme de 27 ans, sans antécédents héréditaires ni syphilitiques. ge de 18 ans, chute grave; lésions de la tête; plusieurs ines d'état inconscient. Deux ans plus tard, attaques d'épi- e, suivies d'accès de manie qui le font interner à l'asile. Les ues d'épilepsie reviennent à peu près tous les deux mois, et suivies de crises de manie de violence progressivement oissante. Il est dangereux. Physiquement il est robuste et son général n'est pas mauvais. Il y a de l'œdème des mains; le est irrégulier. Pas de cicatrice sur le cuir chevelu, mais un t douloureux un peu en avant de la suture pariéto-occipitale e, et, parallèlement à cette suture, une légère dépression. cicatrice sous le sillon orbitaire droit. Les sensations sont un émoussées, et le réflexe plantaire gauche un peu diminué. Les lles sont un peu dilatées, surtout la droite; la réaction d'accom- ation est normale, mais la réaction à la lumière est paresseuse,

surtout à droite. Mais le malade prend de la belladone. S
droite. Démarche maladroite. Etat mental très affaibli. C
des idées et diminution de la mémoire. Petit à petit l
s'affaiblit physiquement et mentalement. Les crises épi
deviennent plus fréquentes (97 en 27 mois) mais ne sont pa
d'accès de manie. Le malade meurt. — L'aura était trè
marquée par une sensation de légèreté dans la tête et de
dans les genoux; cette dernière sensation persistait aprè
Les convulsions débutaient par le bras gauche, se prop
au même côté de la face, puis se généralisaient, en demeu
jours plus intenses à gauche. La tête était tournée à gau
déviation conjuguée des yeux vers le même côté. Les crise
suivies d'un état de stupeur, auquel succédait une grande ir
La cessation des bromures avait pour résultat d'aggraver l
mènes épileptiques. La question d'intervention chirurg
posée mais résolue négativement par la mère du malad
ajouter que le malade avait une sœur épileptique.

A l'autopsie on trouva dans le lobe frontal droit
étendu de ramollissement, de couleur gris jaunâtre, et
évident que ce foyer de ramollissement était la conséque
hémorrhagie traumatique. Le point particulièrement in
de cette observation (bien qu'un certain nombre de cas a
ait été publié dans ces dernières années) c'est l'appa
échéance éloignée, d'épilepsie générale, malgré que la lés
matique n'ait primitivement intéressé aucun point de l'aire

R. DE MUSGRAVE-C

**XXVIII. Les formes silencieuses de l'Epilepsie; par W
P. SPRATLING.** (*The New-York Medical Journal*, 11 octobr

On a soutenu depuis longtemps, et avec raison, que l
mineures de l'épilepsie, notamment le petit mal et les for
purement psychiques étaient plus difficiles à guérir que
dominent les commotions musculaires. Il n'est aucune m
système nerveux qui réclame une connaissance aussi e
localisations cérébrales que l'épilepsie.

Le caractère de la crise indique assez exactement la
cerveau où débute l'attaque, et celle sur laquelle elle va
ger; l'auteur parle ici de l'épilepsie vraie, celle dont la
ou la lésion nécessaire siège primitivement dans le cervea
pas des convulsions réflexes dont la cause peut siéger en
presque quelconque du corps, et dans lesquelles le cerv
intéressé que secondairement.

Les formes silencieuses de l'épilepsie ont leur point d
dans une altération des parties du cerveau que l'on
comme les organes de la mentalité et que les physiologist

t d'accord pour localiser dans les lobes frontaux. Ces altérations ıvent donner naissance à deux formes d'épilepsie : l'épilepsie chomotrice et l'épilepsie psychique pure. Au point de vue de la alisation de la lésion, elles sont probablement identiques et ne ïèrent que par le degré, le première étant plus violente et s'accom- ɡnant de troubles moteurs généralisés, mais de nature non con- sive, la seconde toujours calme, peu gênante, dépourvue de trou- s moteurs, mais aboutissant tout aussi sûrement que la première ı destruction des facultés mentales. Le diagnostic de l'épilepsie chomotrice est toujours facile; l'épilepsie psychique peut au traire demeurer de longues années inaperçue aux yeux des per- nes non exercées. Les crises mentales surviennent souvent chez neurasthéniques, qui sont d'ailleurs neurasthéniques à cause leur épilepsie. Souvent les symptômes ne diffèrent pas sensi- nent de ceux de la neurasthénie; dans d'autres cas, ils sont érents ou bien plus accusés.

insi la perte de la mémoire est un symptôme de neurasthénie, is on peut diagnostiquer à coup sûr l'épilepsie chez les personnes t les oublis sont par trop remarquables et inusités, et surtout z celles qui disparaissent pendant un temps assez long, et qui rouvent, en reprenant conscience d'elles-mêmes, dans un lieu gné, sans savoir comment elles y sont venues. Elles n'ont com- aucune violence, il y a simplement une lacune dans les opé- ons conscientes de leur esprit, lacune pendant laquelle le corps ontinué à agir d'une manière normale, mais purement automa- ie.

n'est pas rare de voir l'épilepsie psychique pure alterner avec attaques de grand mal, en sorte qu'un crime peut être commis dant une crise psychique par un sujet qui ne présente à ce nent aucun des symptômes du grand mal.

es cas d'épilepsie silencieuse sont loin d'être rares et ils ont grande importance, tant en médecine pure qu'en médecine le. Médicalement ils représentent les cas les plus purs de folie daine et complète; au point de vue médico-légal, ils enlèvent riminel si le crime est commis pendant une crise psychique, olument toute responsabilité. R. DE MUSGRAVE CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIETÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 2 *juillet* 1903. — Présidence de M. Rich

Paralysie saturnine.

MM. Bernard et Salomon présentent un malade attein
lysie saturnine double du type supérieur à disposition r
cervicale (5e et 6e racines).

Recherche sur l'association des idées chez les aphasiq

MM. P. Marie et Vaschide. — Les auteurs continu
recherches sur la psychologie des aphasiques examinent
ci l'association des idées,

Les recherches furent faites sur 9 aphasiques, dont
d'aphasie traumatique. On n'a pas voulu classer les malad
les schémas cliniques usuels voulant se rendre compte e
talement des différences sans partir des principes admis

Il résulte de leurs recherches que les aphasiques, q
soit leur forme nohsographique ont une association ext
pauvre; elle est nulle dans la majorité des cas. Les sujet
vent aucune image dans la sphère correcte de leur intell
mot l'excitation sensorielle, ou l'acte paraissent être dép
toute puissance dynamogénique ou d'association. Le co
excitations d'association ne révèle rien ou presque rien
siques et les images poutant riches de leur pensée sont
par cette nouvelle excitation, elles ne se polarisent pas,
déplacent et ne se mobilisent guère. Les sujets ne pe
tirer aucun parti des contiguités et des resemblance
banales des mots. Les dysarthriques et les traumatique
portent a peu près comme les sujets normaux.

La neurofibromatose.

M. Cestan. — Présente un deuxième cas de sarcomat
laire primitive de tout le système nerveux central et pér
Cette variété de néoplasie évolue avec une physionomi
spéciale, signes de tumeur cerébrale avec titulation céré
surdité bilatérale. Au point de vue histologique, ce ca

.érêt d'avoir réuni chez la même malade de nombreuses variés de sarcome, types fibroplastique, globo-cellulaire, psammomax, méningite sarcomateuse, infiltration nodulaire des nerfs. On t par suite dénommer l'affection *neurofibrosarcomatose*. Elle e une grande parenté avec la maladie de Recklinghausen. D'une t, la maladie de Recklinghausen peut s'accompagner de localiion nerveuse centrale (1 cas personnel de l'auteur), d'autre part eurofibrosarcomatose peut s'accompagner de molluscum cuta-. Enfin le microscope montre que la disposition des lésions au eau des nerfs périphériques est semblable dans les deux affecns, l'une est à caractère bénin du type fibrome, l'autre est à actère malin du type sarcome, mais les deux sont une néoplasie mitive du tissu conjonctif du système nerveux.

Maladie de Little.

I. Brissaud présente une enfant née avant terme à sept mois, uellement âgée de cinq ans, ayant marché et parlé à trois ans, is dont l'intelligence est actuellement très développée, et qui jamais eu de crises convulsives. Cette enfant est atteinte de tracture généralisée des quatre membres et de la face. (Strame intermittent). Faut-il d'après les idées émises par M. Déjee à la séance de juin, ranger cette petite malade dans une égorie spéciale spasmodique de la maladie de Little. M. Brisd ne le pense pas. Malgré l'absence de convulsions et l'intégrité l'intelligence, la localisation corticale est certaine dans ce cas. faut accorder une grande importance à la naissance avant me que M. Brissaud a déjà montrée dans l'étiologie de la ladie de Little qui pour lui reste autre chose qu'un simple synme traduisant une lésion tantôt cérébrale tantôt médullaire.

I. P. Marie ne pense pas non plus que l'absence d'épilepsie perlte de distinguer une affection spinale d'une affection cérée dans le type de Little. Par analogie et à l'appui de cette opin il rappelle qu'il a dans son service treize cas d'hémiplégie antile parmi lesquels deux seulement ont de l'épilepsie; et il ésente un diplégique infantile sans épilepsie et dont l'intelligence intacte; la mémoire du moins est remarquable.

M. Déjerine répond que l'épilepsie est un élément de diagnos-, mais pas un élément essentiel et suffisant. Il faut que l'intété de l'intelligence vienne s'y ajouter et aussi l'intégrité de la e. Dans son service presque toutes les malades hémiplégiques antiles sont épileptiques. Le malade diplégique de M. Marie st pas épileptique, mais malgré sa bonne mémoire il est un bile, donc son intelligence s'est pas absolument intacte, enfin ce lade n'a pas non plus une face intacte. La petite malade de Brissaud n'a pas non plus la face intacte. Seule son intelligence

est idemne; mais si elle n'a pas d'épilepsie, son jeune â
met de la voir apparaître plus tard. Un malade de M. D
en sa première attaque épileptiforme qu'à l'âge de six an
enfin sur ce faitr que étant seul ici à avoir autopsié troi
de Little, deux de ces cas étaient dus à des lésions médu

M. BRISSAUD reste d'accord avec M. Déjérine sur les fai
cependant qu'une épilepsie survenant seulement cinq an
constatation de la maladie de Little peut ne pas être du
et être une épilepsie essentielle ou autre ajoutée à la r
Little. S'il y a une maladie de Little spinale et une cérébr
la redécrire, La congénitalité ne suffit pas en tout cas à
maladie de Little qui pour M. Brissaud reste un type con
bral, dans lequel il faut faire une grande part à la naiss
terme. Sur les trois cas de M. Déjerine il y avait une m
Little et deux cas de paralysies spasmodiques corticales
ces montrées par lui à la séance de juin étaient celles
dorsal spasmodique avec participation du membre supé

Abduction des orteils.

M. BABINSKI montre sur plusieurs sujets que le frot
la plante du pied avec une épingle peut produire com
une abduction des orteils en éventail. Cet écartement es
et peu marqué à l'état normal; il est au contraire très c
très intense dans les cas de lésion du faisceau pyrami
fréquent aussi chez le nouveau né dont le faisceau pyr
encre incomplètement développé. C'est donc un bon
peut se rencontrer là où le reflexe en extension des
défaut, ce qu'arrive quelquefoit dans les affections pyra

Phénomène de Strumpel.

MM. MARIE et CROUZON présentent divers malades a
sclérose spasmodique chez lesquels, ils ont relevé ains
des cas de scléroses en plaques et de scléroses combinée
mène de contraction du jambier antérieur pendant
phénomène que Strumpel a rattaché comme signe à l'h
Dans les auteurs, ce phénomène ne se produit que quand
certaine spasmodicité.

Surdité verbale.

M. Gilbert BALLET décrit les lésions rencontrées dans
d'un malade affecté de surdité verbale avec paraphasie
et cécité verbale consécutives. L'écorce de la première
gauche était microscopiquement intacte, mais au-desso
écorce à la partie moyenne de cette première temporal

un petit foyer de ramollissement. Il s'agit donc d'une aphasie sensorielle produite par une lésion sous-corticale.

L'examen histologique de la substance grise d'où provenaient les fibres ramollies (partie moyenne de la première temporale) a permis de constater une atrophie notable des cellules de l'écorce. Cette atrophie des cellules du cerveau sous l'influence de la lésion des fibres qui en émanent avait été déjà mise en relief par les constatations de von Monakov, Ceni, Dotto, et Gusateri, par les recherches expérimentales de MM. G. Ballet et M. Faure et par les observations anatomo-pathologiques de M. Marinesco (Soc. Méd. des hôpitaux, 24 mars 1899), en ce qui concerne les grandes cellules pyramidales de la zone motrice. La nouvelle observation de M. Ballet montre que les choses se passent dans la temporale comme dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral.

Hémiparésie de nature indéterminée.

MM. Dufour et Chaix demandent l'avis des membres de la Société au sujet d'une femme hémiparétique gauche dont les signes tels que l'extension des orteils sont intermittents ou alternent avec des phénomènes de signification contraire. Leur opinion penche vers la nature hystérique des troubles constatés.

M. Babinski trouve à gauche l'abduction des orteils, et constate le signe du peaucier. Il conclut à la nature organique des accidents.

Mal de Pott sous-occipital traumatique.

M. Ernest Dupré présente un homme de quarante-trois ans, atteint à quatre ans, à la suite d'une chute d'un mal de Pott sous-occipital, qui, guéri vers l'âge de douze ans, a laissé comme vestige de la cyphose et du raccourcissement du cou, avec scoliose du dos. Dès l'âge de cinq ans, atrophie considérable de la langue, surtout à gauche, demeurée stationnaire depuis. A vingt-sept ans, troubles paréto-spasmodiques et ataxiques dans les membres supérieurs; ni troubles sensitifs, ni troubles trophiques; mais altération marquée de la perception stéréognostique, surtout à gauche. A trente-six ans, extension des troubles moteurs aux membres inférieurs, entraînant de la dysbasie spasmodique et titubante. Réflexes très exagérés : signe de Babinski à gauche. Agénésie. Pas de troubles des sphincters. Pas d'hystérie. Santé générale excellente.

Observation intéressante par l'origine lointaine et traumatique, la nature et l'évolution lente et irrégulière des accidents, qu'on doit rapporter à la compression de la moelle cervicale par des lésions progressives de pachy-méningite chronique.

Trois cas de névrites radiales.

M. BABINSKI présente deux malades et rapporte le troisième atteint d'une douleur postérieure du bras et d dans le domaine du radial supérieur, sans paralysie ni mais avec abolition du réflexe du triceps brachial. Ce derni mène caractérise la névrite (apparemment rhumatismal sence d'autre étiologie connue) du radial supérieur.

M. MARIE, fait observer que les deux malades ont un identique, tenant l'épaule gauche relevée. Il a vu de cas de ce genre.

Myoclonie et Epilepsie.

MM. Gilbert BALLET et Paul BLOCH présentent une ma de dix-sept ans qui, depuis l'âge de douze ans, est affec façon intermittente, de secousses myocloniques des mem rieurs et inférieurs. Ces secousses se produisent toujours matinée ou la nuit quand la malade se lève pour u malade en a pleine conscience, ces secousses ne s'acco jamais de perte de connaissance. La nature de cette mo longtemps été méconnue, elle est devenue évidente quand, ques mois, la jeune fille a été prise la nuit d'une crise é franche. — Les secousses chez les épileptiques ne son rares dans l'intervalle, à la veille ou à la suite des accè Delasiauve, Féré, Russel, Reynold, Seppili, Lugard, Ma etc. [1]), bien que leur importance et leur fréquence aient é sous silence dans beaucoup de descriptions de l'épileps récentes. Mais le fait qui ressort nettement de l'observ auteurs et d'autres cas cités par M. G. Ballet, c'est la pos l'apparition de la myoclonie longtemps avant les mani classiques de l'épilepsie, fait qu'il importe de connaître a vue du diagnostic de la nature de certaines secousses ques qui sont d'ailleurs comme les autres formes du ma heureusement influencées par les bromures.

M. MEIGE remarque que bien des tics sont de véritabl lences comitiaux.

M. BRISSAUD demande qu'on emploie un langage plus phénomènes sont des secousses de tout un membre un se membre ou groupe musculaire, ce n'est donc pas de la n Ce terme désignant des mouvements spéciaux d'un se pris à part. Conservons donc pour le phénomène act étudié le mot français de secousse qui est parfaitement s plus clair.

M. MARIE présente les pièces d'une *méningite postéri moelle.*

[1] Bourneville.

M. HALBRON rapporte un cas de *glyome du corps calleux*, avec hémiplégie progressive. La ponction lombaire avait montré beaucoup de cellules polynucléaires.

Note sur l'état des fibres à myléine du plexus cardiaque chez les tabétiques.

M. HEITZ a recherché l'état du plexus cardiaque chez douze tabétiques. Il a trouvé les fibres à myéline diminuées dans la proportion des deux tiers ou même des trois quarts. Ce fait expliquerait la latence des troubles aortiques chez les tabétiques.

M. MÉDÉA envoie une communication sur un cas de *polynévrite toxique*, probablement amylique.

Tabès et hystérie chez un débile. — Interprétation hypocondriaque des symptômes par un délire de zoopathie interne.

MM. Ernest DUPRÉ et Léopold LÉVI relatent l'histoire d'un chiffonnier, a lourde hérédité pyschopathique descendante et collatérale lui-même alcoolique et mentalement très débile et offrant toute la série des symptômes d'un tabes à la période d'incoordination motrice. Le malade présente des troubles gastro-intestinaux (dyspepsie sensitivomotrice avec dilatation d'estomac, aérophagie, spasme du gros intestin). Les troubles douloureux et spasmodiques de l'estomac et de l'intestin sont la cause occasionnelle du développement d'accidents hystériques (œsophagisme, éructation, crises de tremblement et de tachypnée).

Le côté intéressant de cette histoire réside dans la riche association des syndromes observés : dans l'apparition, il y a plusieurs années, d'un délire hypocondriaque, localisé surtout à la sphère abdominale et qui se caractérise par la croyance en l'existence d'une bête habitant le ventre. Les déplacements et l'activité de cet animal expliquent pour le malade tous les symptômes qui relèvent chez lui soit de l'état digestif, soit une hystérie, soit du tabes. Les caractères particuliers et le siège abdomidal des préoccupations hypocondriaques reposent sur l'hyperesthésie gastro-intestinale.

La forme zoopathique interne du délire s'explique par la débilité mentale. L'interprétation délirante des troubles anesthésiques donne ici la mesure du niveau mental de ce dégénéré héréditaire.

M. BALLET a vu des tabétiques devenus persécutés attribuer leurs douleurs fulgurantes aux manœuvres de leurs persécuteurs.

M. DUPRÉ établit une différence entre cette interprétation délirante à type externe des persécutés et à celle à type de possession zoopathique interne de son malade.

Aspect ondulé persistant des racines médullaires après un a ment brusque de la colonne vertébrale.

MM. Léri et Mocquot présentent la moelle d'un sujet at mal de Pott il y a huit ans et chez lequel se produisit il y ans un affaissement brusque de la colonne dorsale avec gie. La moelle comprimée par une forte saillie angulaire d vertébraux présente un étranglement très limité au niveau de racines dorsales. Au-dessus et au-dessous, mais surtout au les racines présentent toutes, les antérieures comme les po res, de la 5e cervicale à la 5e lombaire, un aspect ondulé et tout-à-fait remarquable : il semble que les extrémités des se soient rapprochées l'une de l'autre et qu'elles se soient dans leur longueur sans nullement s'atrophier ni se rétract aucun cas de cyphose ou de scoliose même très acusée à é lente que nous avons examinés nous n'avons trouvé un te ondulé des racines. Cet aspect ne nous paraît pas encore a signalé.

Sclérose des olives bulbaires.

MM. P. Marie et Guillain présentent des coupes histol montrant les lésions limitées aux deux olives bulbaires. Ce consistent en une hypertrophie des olives avec sclérose et d nisation des fibres périolivaires et intraolivaires. Ces lésio pas déterminé de dégénérations secondaires nettement app à l'exception de la double dégénération du faisceau de Hilv

Ces altérations limitées aux olives ne sont pas en rappo des lésions du cervelet ou du faisceau central de la calot s'agit pas là de tumeurs ni de syphilomes. Les auteurs disc possibilité d'une sclérose en plaques mais ne peuvent se pr sur l'origine première de ces lesions, tout à fait exceptionne

Madame Dejerine fait observer que quand le faisceau ce la calotte est lésé, la dégénérescence se localise à la parti rieure seulement de l'olive.

Le réflexe de Babinski chez les enfants.

M. A. Leri, communique ses recherches portant sur 166 Leri conclut que :

1° A la naissance l'extension des orteils est la régle générale, la flexion la très grande exception.

2° Après trois ans la flexion est la règle, l'extension l'exc sans cependant avoir la même valeur diagnostique certa chez l'adulte.

3° Entre un et trois ans l'extension est exceptionnelle en des deux cas suivants : A) dans les affections du système ne il n'a cependant pas dans ce cas la même valeur que chez

parce que le faisceau pyramidal à peine achevé paraît être beaucoup plus sensible que chez l'adulte aux atteintes pathologiques, en particulier aux atteintes toxiques; B) dans les cas de troubles profonds de la nutrition générale, ceux-ci paraissent avoir pour corollaire dans presque tous les cas un retard dans le développement du faisceau pyramidal.

4° C'est vers 5 ou 6 mois que semble disparaître en général chez un enfant normal, sauf exceptions individuelles, l'extension des orteils; une période de transition est marquée souvent par l'extension intermittente et par l'extension unilatérale.

5° L'extension des orteils paraît disparaître à peu près vers la même époque que l'attitude spasmodique si spéciale des nouveaux-nés : tous deux marquant l'incomplet développement du faisceau pyramidal et, s'il se prolonge, constituent le tableau presque parfait du syndrome de Little.

Léri signale enfin l'existence tout à fait exceptionnelle d'un réflexe « en abduction » du gros orteil sans en pouvoir fournir la valeur diagnostique.

Méningisme et puérilisme mental paroxystique chez une hystérique.

MM. Ernest DUPRÉ et J. CAMUS. — L'observation concerne un cas d'association, chez un hystérique, de deux syndromes, l'un somatique, le *méningisme*, l'autre mental, le *puérilisme*, dont l'apparition paroxystique et itérative a composé chez la même malade une histoire clinique fort intéressante. Le *méningisme*, affirmé par l'allure et l'évolution des symptômes, la guérison des accidents et le résultat négatif du cyto-diagnostic, s'est traduit par un ensemble de signes d'apparence hautement grave, parmi lesquels l'hyperthermie progressive jusqu'à plus de 41°, le strabisme interne, l'apparition épisodique du signe de Babinski, constituent les plus intéressants.

La malade ayant perdu sa sœur de méningite tuberculeuse cinq mois après, a fait une récidive d'accidents pseudoméningitiques, dont elle a guéri en quelques jours. Cette méningite tuberculeuse mortelle, encadrée entre deux attaques de méningisme, chez deux sœurs, décèle chez elles la communauté de la prédisposition morbide du cortex et montre la réalité, à travers les épisodes de la pathologie individuelle, de la pathologie familiale. La succession de ces faits chez deux membres d'une famille où abondent les antécédents tuberculeux et névropathiques, prouve combien doit être réservé le pronostic du méningisme, syndrome révélateur de la vulnérabilité particulière de l'écorce cérébrale, et de l'aptitude spéciale de son appareil méningo-vasculaire aux ensemencements microbiens.

L'étude clinique et cytodiagnostique de ce cas prouve combien

peuvent être intenses, en l'absence de toute lésion saisissabl réactions cérébrales qui caractérisent le méningisme, y comp courbe fébrile la plus fidèlement simulatrice de l'évolution th que des méningites.

Le puérilisme mental, qui a succédé à l'attaque de ménin est cette singulière altération de la personnalité, que carac le retour à l'état mental de l'enfance : la malade a vécu, pe une dizaine de jours, en manifestant les goûts, les sentin les occupations, le langage, l'écriture, l'habitus, etc., d'une file quatre à cinq ans. Il s'agit là d'un syndrome d'éclosion spon d'évolution souvent paroxystique, que l'un de nous a eu plu fois déjà l'occasion d'observer et qui mérite une place à part la séméiotique psychologique.

La prochaine séance aura lieu après les vacances, le 5 n bre.

F. Boissie

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance anuelle du 16 *juin* 1903. — Présidence de M. Jules V

De la suggestibilité; observations de psychothérapie.

M. Van Velsen (de Bruxelles). — La suggestibilité est une f aussi normale que les autres facultés humaines. Etant do loi : toute cellule cérébrale actionnée par une idée actionne tour les fibres nerveuses qui doivent réaliser cette idée, on à cette définition que la suggestibilité est la faculté par la le cerveau accepte et réalise l'idée. J'insiste sur le mot facult trop de personnes pensent qu'être suggestible c'est être n et que la suggestibilité est un phénomène anormal. Comn autres facultés, la suggestibilité peut être normale ou anor il peut y en avoir trop on trop peu nomme il y a anesthésie et resthésie. Dans l'état normal, le cerveau accepte avec juge Dans l'état d'entêtement, le cerveau n'accepte pas, car il n'y assez de suggestibilité.

Dans l'état d'hypersuggestibilité, de nature hystérique ou a le cerveau accepte trop vite et réalise donc trop rapide Comme cas cliniques, tirés de ma pratique, je citerai : un cas rialgie, qu'on allait opérer et que j'ai guéri par sugg en deux séances un second cas opéré, celui-ci, malgré mon et dont j'ai pu guérir la récidive ainsi que les symptômes m ayant suivi la mutilation; un cas de paralysie agitante, pas évidemment, mais soulagé pendant trois ans; un c surdité, datant de trois ans, guéri en six semaines; deu

d'application à la chirurgie; le cas d'une jeune fille hystérique, tenue en état de somnanbulisme pendant cinq mois, sans réveil, et guérie complètement.

L'anginophobie.

M. Fiessinger. — L'enginophobie peut mener au découragement, à l'angoisse, à la mélancolie, même au suicide. C'est pour cela qu'il ne faut jamais, sur une ordonnance, inscrire le diagnostic d'angine de poitrine; il faut même persuader anx angineux vrais qu'ils ont une fausse angine. Le médecin doit leur remonter le moral par une suggestion active, répétée, pressente; au fur et à mesure que les mois et les années s'écoulent, il doit rendre de plus en plus convaincante sa puissance de persuasion.

Idées de doute et phobies portant sur la sphère génitale.

M. Vidal. — A la veille de son mariage, un de mes clients redoute de n'être pas apte à remplir ses devoirs conjugaux; il passe une nuit atroce, en proie à sa phobie. Bien qu'un examen m'ait démontré le lendemain que la défloration était récente et complète, il se croit anormal et inférieur. Cet homme a toujours eu l'idée de se faire remarquer, d'être supérieur aux autres; il veut aussi paraître supérieur aux yeux de sa femme; son état résulte d'un amour propre excessif porté jusqu'à l'état morbide.

Guérison de symptômes hystériques spasmodiques graves par la suggestion.

M. Stadelmann (de Würtzbourg) rapporte des cas de contracture hystérique du genou et de tremblement des mains, survenus à la suite de surmenage et d'émotions et guéries par simple suggestion à l'état de veille.

La thérapeutique suggestive en ophthalmologie.

M. Leprince (de Bourges) rapporte, entre autres, des observations de ptosis pseudo-paralytique associé à une amaurose unilatérale hystérique complique compliquée d'amblyopie de l'autre œil, tous deux guéries par suggestion.

Incontinence d'urine guérie par la suggestion pendant le sommeil naturel chez une enfant de vingt-six mois.

M. Paul Farez — Une enfant a cessé d'uriner au lit, la nuit, vers quatorze ou quinze mois. A deux ans, elle se met à présenter, par intermittence, de l'incontinence nocturne. Quand il n'y a pas eu de garde robe dans la journée, on lui donne avant de la mettre au lit un lavement froid; il en résulte pendant le sommeil une abon-

dante diurèse, laquelle conditionne l'incontinence. Cel parait que si l'entéroclyse a été administré. Par suggesti dant le sommeil naturel j'ai supprimé radicalement cette nence. Cette suggestion somnique constitue le procédé d dans bon nombre d'incontinences, surtout lorsqu'il s'agit d en bas âge et non hypnotisables. Dans tous ces cas d'inco nocturne, l'enfant dort trop profondément. La suggestion que, pour être efficace, doit réveiller à demi le dormeur; nombreux cas analogues, j'exige que l'enfant, sans cesser mir, me reponde expressément qu'il m'a entendu et qu'il à exercer, tout en dormant, un contrôle sur sa fonction vés

Impuissance génitale d'origine mentale guéric par la sugg somoonformique.

M. Paul Farez. — Un homme de trente ans, triste scru douteur, inquiet, irrésolu, présente, depuis une dizaine d' une impuissance absolue toutes les fois qu'il voit une femn velle. Il ne s'agit ni de trac, ni de timidité, mais de préoccu mentales qui l'assaillent au moment de l'acte et font inh Désireux de se marier, il n'ose le faire, à cause de l'incapaci tionnelle qu'il est sûr de présenter, au moins pendant les pr jours. Réfractaire à l'hypnoptisme proprement dit, il a été à la suggestion somnoformique et guéri de son impuissa lendemain de son mariage, il m'envoie ce mot : « Succès su la ligne. » La suggestion somnoformique, dans l'état d'hy cose ou de narcose subliminale, triomphe des doutes et des sions raisonnantes chez les mentaux que, trop souvent, on en vain d'hypnotiser.

L'hypnotisme chez les animaux.

M. Leipnay. — Etudie les diverses expériences d'hypnotis tes sur les animaux suivants : poules, serpents, crocodiles visses grenouilles, langoustes, perruches; il rapporte les ol tions qu'il a faites sur un guenon et sur de nombreux chev distingue un hypnotisme fortuit avec, suivant les cas, cata léthargie, somnambulisme, fascination etc.

L'hypnotisme chez le cheval.

M. Guenon. — Rapporte les nombreuses expériences q faites sur l'hypnotisme chez le cheval; il expose surtout les de charme et les effets thérapeutiques produits par l'influe la musique.

Les actes psychiques dans la série animale.

M. Hachet Souplet. — En s'appuyant non pas sur des ane littéraires mais sur la méthode expérimentale, on peut a

classer les actes psychiques des animaux en envisageant les
ats transitoires par lesquels ont passé les facultés psychiques
instinct est une impulsion obscure; l'intelligence consiste à
idapter immédiatement à un cas contingent et en grande partie
ouveau dans la vie de l'espèce. L'intelligence est sortie non pas
l'instinct, mais d'une mémoire fonctionnelle, distincte de la
émoire intellectuelle. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE.

I. ***Leçons sur les maladies du système nerveux***; par F. Raymond, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris. *Sixième série :* année 1900-1901. Un volume grand in-8°, de 638 pages, avec 117 figures dans le texte. Paris 1903. O. Doin, éditeur.

L'année qui a suivi son accession à la chaire de Clinique des aladies du système nerveux, à la Salpêtrière, le professeur ıymond faisait paraitre une première série de leçons didactiques livrées au cours de la première année de son enseignement offi-el. Au début de sa carrière professorale, il s'était imposé comme gle, de préparer consciencieusement ses leçons magistrales et s'entourer de tous les documents susceptibles de servir à l'ins-ıction et à l'édification de ses auditeurs, ainsi qu'il le déclarait propres termes dans la préface de ce premier volume.

L'année suivante, dans la préface du volume qui suivit, il s'ex-ıquait avec plus de détails sur le programme qu'il s'était imposé ur ses leçons du vendredi et qu'il comptait suivre jusqu'au bout. programme il le résumait ainsi :

« Partir d'un fait clinique pour envisager les problèmes de pa-ologie nerveuse, tels qu'ils se présentent dans la réalité, en mon-ınt combien souvent l'individualisme pathologique des malades ıarmonise mal avec les descriptions didactiques des maladies, oduits d'une synthèse arbitraire ou prématurée.

« Poursuivre la solution de ces problèmes en faisant appel, dans plus large mesure possible, aux travaux d'autrui, sans rien aban-nner de mes opinions personnelles. »

La fidélité que le professeur Raymond a gardée à son programme début se reflète dans toutes les parties de cette œuvre, passa-blement vaste, qu'embrassent les six volumes de clinique parus puis l'année 1896. Les deux cents leçons réparties entre ces six lumes touchent aux questions les plus diverses de la pathologie rveuse; dans chaque volume, il s'en trouve qui s'enchaînent roitement les unes aux autres, convergent vers un même sujet

dont l'étude est envisagée aux points de vue les plus div
à tour les affections de la queue de cheval et du cône ter
polynévrites, les tumeurs cérébrales, les nombreuses mod
niques de la syringomyélie, les paralysies alternes, les
des mouvements associés des yeux, l'asthénie bulbaire,
fait l'objet de pareilles études d'ensemble.

Dans le dernier volume paru, quinze leçons, sur trente-
consacrées à l'histoire des *atrophies musculaires progres*
visagée à un point de vue essentiellement clinique. La
adoptée par le professeur Raymond s'y révèle dans toute s
et dans toute sa fécondité. On avait multiplié, comme
les formes ou *types* d'atrophie musculaire progressive. L
moyen de familiariser ses auditeurs avec ces types mult
de leur en faire la description sur des échantillons vi
procédé a été largement mis en pratique par Raymond,
imcomparables ressources de son service à la Salpêtriè
s'agissait aussi d'opposer à l'œuvre essentiellement fac
pathologie descriptive, la réalité clinique telle qu'elle
de l'observation impartiale des faits, et ici les occasions
manqué de mettre en lumière « combien souvent l'indiv
pathologique des malades s'harmonise mal avec les de
didactiques des maladies, produits d'une synthèse ar
prématurée. »

On avait eu la prétention d'ériger un certain nombre
d'atrophie musculaire progressive en véritables espèces
autonomes, en leur attribuant des caractères propres, e
à l'étiologie, à la symptomatologie, à l'anatomie patholo
l'observation clinique a démontré qu'on avait mis trop
conférer à ces prétendus caractères différentiels une valeu
fait défaut.

Elle a démontré que ces types d'atrophie musculaire,
espèces morbides autonomes, étaient des créations purem
ficielles, qu'ils se fondaient les uns dans les autres, re
sont, par tous les types imaginables de transition; en u
point de vue de la nosographie générale, il existe une
de dégénérescence qui est l'atrophie musculaire progres
ci comportant des types nombreux.

Bref, en se maintenant le plus possible sur le terrain
nique, en opposant le témoignage des faits aux clas
artificielles et au raisonnement à prioristique, le profes
mond nous fait revivre, étape par étape, l'histoire si sugg
atrophies musculaires progressives, depuis les travaux de
(de Boulogne), jusqu'à nos jours.

Au cours d'une première phase, Duchenne nous révèle l
d'une maladie nouvelle, caractérisée par une fonte prog
muscles, et pour lui, cette maladie est *une*.

ans la suite des temps, on la morcelle en fragments nombreux constituent les types dont il est question à l'instant. Puis Erb reprend de réagir contre cette tendance à multiplier indéfiniment variétés d'atrophie musculaire progressive; il propose de les iener à deux grandes espèces : une forme *spinale* qu'on dési- encore sous le nom d'atrophie musculaire progressive du type n-Duchenne; une forme *myopathique*, maladie essentiellement iliale, à l'inverse de ce qui semblait avoir lieu pour l'autre.

nfin, à cette troisième phase, succède la phase contemporaine nous fait assister à la restauration de la doctrine uniciste de henne; il n'existe pas de ligne de démarcation absolue entre les nes spinale myopathique d'atrophie musculaire progressive, re les formes familiale et non familiale. Nous connaissons au- rd'hui une forme d'atrophie musculaire progressive (type *rdnig-Hoffmann*), dont les caractères fondamentaux figurent ifféremment parmi ceux que l'on considérait comme apparte- nt en propre à l'une ou l'autre des deux grandes espèces, admi- par Erb. Nous sommes ainsi ramenés par un long détour, au nt de départ de ce long cycle inauguré par les inoubliables tra- x de Duchenne.

t toute cette vaste étude se déroule à travers quinze leçons stantielles sous les yeux du lecteur captivé, parce qu'il s'assi- ie sans grand effort ce qu'il lit, tant le style de l'ouvrage est ir, tant les transitions sont ménagées avec art, ainsi que les ours vers les chapitres antécédents, sous la forme de coups d'œil rospectifs, tant les arguments frappent, présentés qu'ils sont s la forme de faits qui imposent la conviction. Pourtant une ique doit être ici présentée, à propos du type Landouzy-Déje- e. Cette critique a trait à une erreur que M. Raymond a laissé ser ayant, sans doute, mal lu l'épreuve qui lui était soumise. st dit, en effet, page 124, 6e série que MM. Landouzy et Déje- e ont eu tort de prétendre que dans le type qu'ils ont décrit rophie commençait par les muscles des mains, comme dans rophie Aron-Duchenne, l'atrophie myélopathique, alors qu'ils établi, les premiers, tout le contraire; ils se sont, au contraire, orcés de montrer que leur type était *facio-scapulo-huméral*.

es trois leçons qui suivent ne sont pour ainsi dire, qu'un pro- gement des précédentes. Elles comprennent une étude appro- ndie de la *sclérose latérale amyotrophique*, basée sur six observa- ns inédites. La question des rapports de cette maladie avec rophie musculaire progressive de Duchenne est discutée à fond. uteur a mis en pleine lumière les arguments qui militent contre doctrine de Leyden, contre la doctrine de l'identification des ux maladies.

Le manque d'espace ne nous permet pas de passer en revue, dans détail, les sujets traités dans les onze autres leçons. Nous ne

pouvons toutefois nous dispenser d'attirer l'attention
teurs sur les deux leçons consacrées à l'*hémianopsie*.
ils y trouveront une occasion presque unique de se f
avec la séméiologie de ce trouble de la perception visu
tion aride entre toutes et trop insuffisamment connue d
des médecins. A ce propos, nous considérons comme
de placer une remarque qui a son intérêt; sans doute
de clinique du professeur Raymond s'adressent en prem
à ceux qui s'adonnent spécialement à l'étude de la neuro
en raison de la multiplicité et de l'importance des ques
sont traitées, en raison de leur richesse documentaire
aussi de l'autorité qui s'attache aux opinions personnel
teur. Mais elles constituent une œuvre de vulgarisation,
qu'elles mettent à la portée de tous les praticiens la co
des maladies du système nerveux, c'est-à-dire d'une bra
pathologie, dont il ne leur est plus permis de se dé
après l'essor prodigieux qu'elle a pris dans le dernie
ce siècle. Ecrites sous une forme animée, souvent attr
leçons font une très large place à l'étude du diagnostic
sans compter que des développements considérables ont
crés à la thérapeutique, chaque fois que les circons
prêtaient; nous en citerons comme preuve, les chapitre
quels le professeur Raymond a exposé le *traitement des*
tes, le *traitement du tabes dorsalis*, la conduite à tenir d
de *tumeur cérébrale*, le *traitement des atrophies muscu*
gressives. Aussi n'hésitons-nous pas à déclarer que le
clinique du professeur Raymond s'imposent à l'attenti
ceux qui suivent pas à pas l'évolution de la pathologie
mais qu'ils ont aussi leur place marquée dans la biblio
tous les praticiens soucieux de se tenir au courant du m
médical contemporain.

XIII. *Manuel de psychiatrie*, par ROQUES DE FURSAC. Alcan,

Ce livre comble une regrettable lacune et sera par
accueilli par tous : grâce à lui le médecin aura un m
clair, très documenté, où il trouvera matière à sati
désir de se renseigner sur les faits de psychiatrie san
d'idées fausses. L'auteur a du reste eu l'excellente idée
au début de son volume une première partie intitulée :
trie générale », grâce à laquelle on peut comprendre
des psychoses. Après avoir passé en revue les causes mu
psychoses, il entre dans la séméiologie des troubles
troubles de la perception, troubles de la conscien
mémoire, etc., tout cela est exposé et sert heureuseme
duction à la psychiatrie spéciale (deuxième partie). Ce

nce par une classification qui est celle légèrement modifiée, Kræpelin, après quoi M. Rogues de Fursac étudie chacune des nes dont nous donnons la liste : Psychoses infectieuses. choses d'épuisement, psychoses toxiques, psychoses par auto-ication, psychoses citées aux affections cérébrales, psychoses volution, psychoses indéterminées (prédisposition), psychoses s aux névroses, arrêts de développement. M. Rognes de Fursac, re autres qualités, possède de la clarté et de la précision et pour volume de ce genre, cela est capital et en augmente la valeur. ır n'en donner qu'un exemple : l'avant-propos est destiné en tie à bien définir certains termes, tels que : arrêt de dévelop-nent, aliénation mentale, folie. Une telle façon de procéder vient bien à un manuel, c'est-à-dire à un livre pratique et devant : lu sans effort. G. Paul-Boncour.

. L'Amnésie au point de vue de la médecine judiciaire. — Discours rononcé par M. Maxwell, à l'audience solennelle de rentrée le la Cour d'appel de Bordeaux, le 16 octobre 1902. — Bor-leaux, Gonnonilhon, 1902.

:n la grande salle d'audience, par-devant la Cour assemblée et Membres des tribunaux, juges de paix, avocats, avoués, nota-ités civiles et militaires invitées, M. l'avocat général Maxwell, ırgé du discours de rentrée, a pris pour texte de son étude les ubles de la mémoire dans leurs rapports avec la médecine judi-ire.

.'originalité d'un tel choix se justifie par la compétence toute ciale de celui qui traitait ce sujet, magistrat très expert doublé ı médecin très érudit. Une revue rapide de différentes formes ıiques d'amnésies et de leurs causes les plus fréquentes, a per-s à l'auteur de préciser devant un auditoire juridique, trop ıvent insoucieux de ces questions médicales, les rapports de ces ıladies de la mémoire avec les troubles de la conscience et de la rsonnalité, en les appuyant sur quelques observations médico-idiques très intéressantes et typiques. Ainsi a-t-il pu montrer nportance qu'il y avait à connaître et étudier tous ces faits pour diminution de la capacité civile ou de la responsabilité pénale 'entraînent souvent ces différentes formes d'amnésie.

On ne saurait trop féliciter M. Maxwell, et comme juriste, et mme médecin, d'avoir montré personnellement combien cette iance des études médicales et de droit risquerait d'être originale féconde. P. R.

VARIA.

Les aliénés en liberté.

Depuis quelques mois Mme Dhenin, née Chéron, âgée d
cinq ans, marchande de vins à Frépillon (Seine-et-Oise)
des idées de suicide, malgré la surveillance dont elle é
son mari l'a trouvée pendue dans sa grange. Tous les s
ont été prodigués n'ont pu la rappeler à la vie. (*Journ.*
Oise, 20 juin.)

Une petite « vagabonde ». — La jeune Françoise Ecke
quinze ans et demi, se refuse énergiquement à trav
déserte le domicile paternel, vagabonde et se prostitue
derniers, elle était arrêtée rue Quincampoix, sous l'inc
vagabondage, au moment où elle sortait d'un hôt
Mlle Ecker, une grande fillette misérablement vêtue, à
a comparu devant la huitième chambre.

Le président. — Vos parents déclarent qu'ils ne p
faire de vous. Vous refusez de travaillez, vous vagab
vous prostituez. Vous avez déjà été arrêtée pour pr
Votre mère a dit en parlant de vous : « Si ma fille m'
je l'empoisonne ». Ce n'est certainement que sous
l'exaspération que lui causait votre conduite qu'elle s'e
ainsi...

Pour toute réponse, la prévenue pleure abondammen
le père de la jeune fille :

— Je suis le père de la prévenue. Je viens vous dem
mettre dans une maison de correction. Chez nous, o
rien faire. Elle ne veut pas travailler et se sauve lo
peut. Je ne sais pas alors ce qu'elle fait.

Le président, à la prévenue. — Vos parents dése
vous... Voyons, qu'avez-vous à dire pour votre défense

La prévenue, pleurant. — Je veux retourner chez nou

Le président. — Vous pleurez parce que vous avez en
la maison de correction. Votre repentir ne nous para
sincère.

Mlle Françoise Ecker a été acquittée comme ayant ag
cernement, mais renvoyée dans une maison de correct
l'accomplissement de sa vingtième année. (*Le Matin* du

Les cas de ce genre ne sont malheureusement
L'histoire héréditaire et personnelle de cette fill

téressante à connaître. Il est probable que c'est une alade — nous en avons de semblables dans notre service - et que ce n'est pas dans une maison de correction où il st à craindre qu'elle ne s'améliore pas, mais dans une asile-cole où elle serait traitée et éduquée. B.

Muette depuis vingt-huit ans. — On mène grand bruit depuis deux urs autour d'une prétendue **guérison miraculeuse qui se serait** roduite au hameau du **Meudy**, situé près de Brest. Là habite une eille fille, nommée Marie Raguènes, qui, après avoir éprouvé ne grande frayeur, il y a vingt-huit ans, avait subitement perdu usage de la parole. Et depuis, malgré les consultations des docurs, malgré les remèdes de bonnes femmes, les recours aux ortilèges les plus bizarres et aux incantations de toutes sortes, pauvre Marie Raguènes n'avait plus dit un mot. Elle continua ependant à remplir son devoir de fille de ferme avec plus de onscience peut-être puisqu'elle ne pouvait plus perdre son temps a de futiles conversations. Partout, habitués à son silence, les raves gens qui la rencontraient la désignaient sous le nom de la Muette ».

Or, ces jours derniers, au grand ahurissement des travailleurs éunis à la ferme à l'heure du repas, elle articula nettement : « Je uis parler, donnez-moi du pain ». La nouvelle se répand bien vite u village et dans les environs; de toutes parts on crie au miracle. t Marie Raguènes paraît bien décidée à donner un air de vérité à ette légende brusquement éclose. « C'est dit-elle, un envoyé de ieu qui est venu me trouver et qui m'a dit : Au nom de Dieu, je annonce que tel jour, à telle heure. tu retrouveras la parole; et n effet, au moment fixé j'ai pu reparler comme je ne l'avais fait epuis près de trente ans. » Les curieux viennent en foule à Meudy t Marie Raguènes, qui a beaucoup de bavardages à rattraper, aconte complaisamment à chacun sa petite histoire. (*Petit Parisien*, du 21 juillet 1903).

FAITS DIVERS.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr A. Marie, medecin en chef e l'asile de Villejuif et M. Morin-Goustiaux, architecte du Ve asile e la Seine (Maison-Blanche, viennent d'être nommés chevaliers de a Légion d'honneur. A tous deux nous adressons nos bien vives élicitations.

Asiles de la Seine. — M. le Dr Vallon, inspecteur-adjoin nommé médecin inspecteur des asiles privés, en remplace M. le Dr Laborde, décédé. Il a été remplacé, comme méde pecteur adjoint par M. Dr Dufour. — M. le Dr Lwoff (Sal médecin en chef de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château dépendant de la Seine, a été promu à la 2e classe de so (Arrêté du 2 juillet).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Percy Smith. — *Braissia Journal of Neurology*. In-8° de 30 Macillars, New-York, 1902.

Nyt Tidsskrift for abnormvaesenet omfattende aandssvage, B Vanfore-Sagen. In-8° de 40 pages, 1902.

Saint Bartholomew's Hospital reports, T. XXXVIII, in-8° de 30 Smith, Eleder et C°, London, 1903.

Stadelmann. — *Einiges ueber die epilepsie.*

Stadelman. — *Ein Fall von aphasie und agraphie*. Extrait du *blatt fur nervenheilkunde und psychiatrie*. Coblenz.

Stadelmann. — *Aphasie und agraphie nach epileptischen a* Extrait du *Psychiatrisch Neurologischen Wochenschrift*.

Stumpf. — *Der Entwicklungsgedanke in der gegenwartige sophie*. In-12 de 72 pages. Barth., Leipzig.

Timoléon Triantaphyllidès. — *Du paludisme larvé. — De la thénie paludéenne. — Des vertiges paludéens*. Extrait de l *médicale*.

Viannay (Ch.). — *Les paralysies des nerfs périphériques et l matisation de ces nerfs*. In-8° de 192 pages avec 12 figures et 2 p J.-B. Baillière, édit.

Vaschide (N.) et Vurpas (Cl.). — *La logique morbide*, t. I *lyse mentale*, in-16 de 268 pages. Société d'éditions scientifi littéraires, 4, rue Antoine-Dubois. Prix : 4 francs.

Wilhelm Respinger. — *Aufsteigende degeneration im ruck nach destruction der v. cervicalwurzel*. Extrait du *Jahresberi Allgemein poliklunk*.

Treogfyrrétyvende Bereting om Aandssnageanstalten paa Gl. hus og Ebberdgaard ved Klenhavn. Klenhawn, 1902.

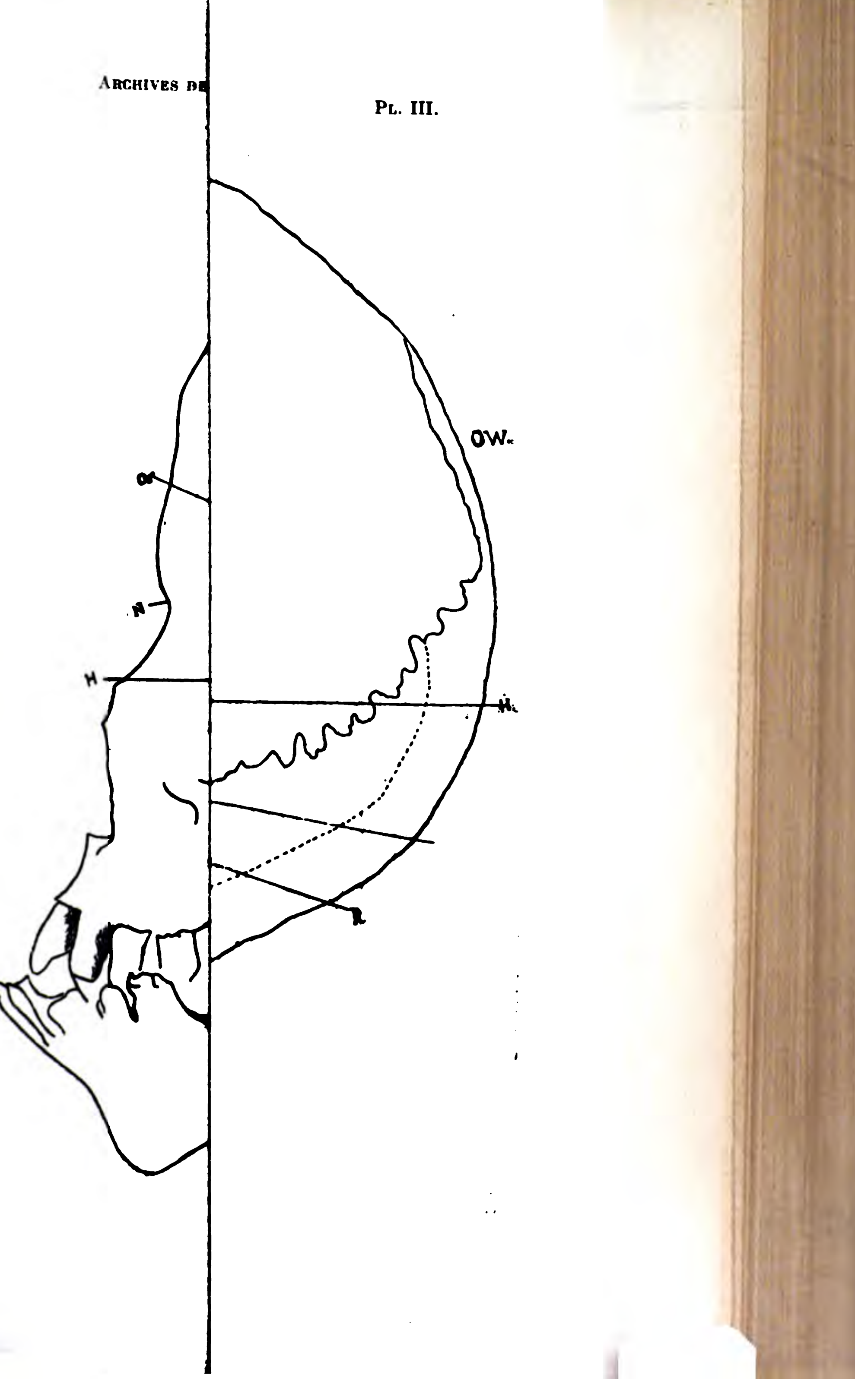
Ziehen. — Psychiatrie für arzte und studirende bearbeitet. 750 pages avec 25 figures. Prix : 20 francs. Leipzig 1902. Hirzel é

Le rédacteur-gérant : Bournevil

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 7-1903.


F'
FA
SB
PA
LPI
CS
CC
CO
CH
CA
TO
T1
Lo




OW.
N
H
H.
R

l. XVI. Septembre 1903. N° 93.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

Obsession et délire [1];

Par le Dr E. MARANDON de MONTYEL

Médecin en chef de Ville-Evrard.

Jn point bien intéressant à élucider dans l'étude de l'obsion est de savoir si, comme l'enseigne M. Magnan, celle-ci volue pas, ne se transforme pas, n'aboutit jamais au délire)prement dit. A plusieurs reprises et tout dernièrement :ore M. Séglas a rapporté des faits établissant que les sessions pouvaient déterminer à leur suite l'apparition in véritable délire. Cette opinion du si distingué clinicien Bicêtre, très répandue à l'étranger, compte encore parmi us peu de partisans. Leur nombre augmentera car elle est solument exacte.

I. Séglas distingue avec raison deux ordres de faits très férents. Un même malade est parfois en même temps un sédé et un délirant, mais par simple coïncidence. L'obses- n et le délire, dans ce cas, ne sont pas directement reliés n à l'autre. Ils n'ont d'autre rapport que le terrain comm, de prédisposition, sur lequel ils se sont développés et oluent chacun pour son compte. En effet, on ne voit pas urquoi une idée obsédante mettrait obstacle à l'éclosion ine manie ou d'une lypémanie. Le fait suivant prouve la ssibilité de cette coïncidence.

Observation I. — La malade est une jeune fille, quatrième fant d'une famille indemne de toute névropathie et que j'ai su igtemps après être héréditaire vésanique par des confidences

[1] Voir dans le t. XV, p. 33 : Séglas, *Note sur l'évolution des obsessions leur passage au délire.*

tardives de son oncle paternel sur son véritable père. E
développement normal et ne présenta rien de particuli
la puberté. Elle ne fit aucune maladie infectieuse et s
gence était plutôt brillante.

A quatorze ans, au moment de sa formation, une trans
complète se produisit. Elle commença par souffrir de
tête et d'insomnie, puis elle eut de la torpeur intellect
laborieuse jusqu'alors elle perdit tout goût au travail; en
rut une anxiété diffuse, une crainte de tout : des armes à
ne pouvait voir manier en sa présence sans être prise
avec palpitations de cœur et anxiété respiratoire; c
qu'elle fuyait toute tremblante convaincue qu'ils étaien
des escaliers qu'elle n'osait descendre, certaine que l
manquerait et qu'elle se briserait le crâne; du poiss
n'osait plus manger car pour sûr elle avalerait les arête

Très intelligente, elle avait la conscience très claire d
morbide et de l'absurdité de ses phobies, mais si elle e
les surmonter en prenant entre les mains une arme
caressant un chien, en descendant l'escalier sans s'app
rampe, immédiatement éclatait une crise aiguë d'angois
focation et tremblements généralisés.

A dix-sept ans, elle eut une grippe qui la tint au lit que
mais qui n'offrit aucune complication et fut très bénigne.
se fixa en grande partie à partir de ce moment, cette
n'eut plus que l'idée obsédante, toujours consciente, d
imminente avec crises paroxystiques presque jour
l'occasion de faits insignifiants comme une quinte de
éternuement, une colique venteuse, etc., etc.

L'hydrothérapie, les exercices physiques, les antispa
les plus variés n'ayant donné aucun résultat la famille se
le mariage remédierait à la situation. Très jolie et très
ne manquait pas de prétendants malgré son état men
parvenait encore, il est vrai, à assez bien dissimuler en
elle en choisit un à son goût. Or, le matin du jour fixé p
éclata une crise de manie aiguë qui prit rapidement de
portions que, dans la journée même, il fallut la condui
sionnat de l'asile dont j'étais le médecin.

Je constatai chez elle tous les signes classiques d'une m
non hallucinatoire avec prédominance d'idées et d'actes
Cependant jamais cette jeune fille n'avait eu le moindr
et elle s'était toujours montrée sous ce rapport d'une rés
lue. N'empêche qu'elle levait ses jupes, provoquait les h
tenait les propos les plus obsédants et les plus ordur
donnai des soins durant quatre ans et je n'obtins aucu
satisfaisant. La maladie suivit une marche rémittente,
paroxysmes violents la malade ne présentait que les s

la manie aiguë avec érotisme; durant les rémittences, bien 'elle restât toujours assez incohérente et demi-agitée, le carac-e antérieur apparaissait par moments. C'est ainsi que la malade iignait alors de descendre l'escalier et s'angoissait si on l'y con-signait, qu'elle restait parfois immobile disant qu'elle allait mou-. J'ai su par son oncle, quinze ans après, qu'elle était toujours énée.

Cette complication de l'état obsédant par une crise de anie ou de lypémanie sans être d'une excessive fréquence t moins rare que la transformation directe de l'obsession délire qui est, elle, tout à fait exceptionnelle. M. Magnan lonc raison dans l'immense majorité des cas, mais M. Séglas se trompe pas quand il affirme que la loi formulée par cet éniste comporte quelques exceptions et qu'il y a quelques s curieux dans lesquels le délire se manifeste comme une ıanation directe, une transformation progressive de l'ob-ssion, dont il est parfois possible de saisir sur le fait et ınalyser les phases. J'ai eu l'occasion d'observer le sui-nt :

Observation II. — Avocat de trente-quatre ans, marié, héréditaire sanique par la ligne paternelle; le père aliéné est mort dans un ile, une sœur est hystérique; une cousine germaine est épilepti-e. Développement normal. Comme maladies infectieuses : rou-ole et oreillons. Intelligence très développée. Un peu d'onanisme collège; comme anomalie génitale, une impuissance morale is vite surmontée; depuis vie sexuelle très régulière. Au point de e émotif, de tout temps la crainte continuelle d'être nuisible et faire du tort sans le vouloir; interrogations incessantes sur tous tes pour savoir s'ils ne peuvent pas porter préjudice à autrui.

Marié à vingt-cinq ans, le malade a eu deux ans après un fils et n a plus eu d'autre. Il n'avait jamais compris qu'on levât la in sur les enfants pour les corriger, aussi était-il bien résolu ıser d'autres procédés pour élever son garçon. Celui-ci très ner-ıx devenait de plus en plus indiscipliné et désobéissant en gran-sant; à six ans il ne se gênait guère pour envoyer promener ıte la famille. Le père fut désolé d'avoir un tel enfant, puis surgit lui l'obsession de le frapper pour l'amender, obsession qu'il gea sévèrement et contre laquelle il lutta de toutes ses forces. is à chaque faute, même insignifiante, de l'enfant, celle-ci l'an-issait et le torturait. L'année suivante l'idée obsédante n'avait s besoin des incartades du petit pour se montrer, et prit une ensité telle que le père, effrayé eut peur de succomber; il son-a à mettre son fils pensionnaire. Au dernier moment, il ne se

sentit pas la force de se séparer de lui, d'autant plus que sa femme à qui il s'était bien gardé de confier ses angoisses n'aurait rien compris à un tel projet, étant donné l'âge du petit.

La vie du pauvre homme devint un véritable martyre. Il adorait son fils pour lequel il eut tout sacrifié et était désolé d'être en proie à un pareil mal. Seul il ne pouvait s'empêcher de pleurer abondamment et il avait peine à se dominer et à retenir ses larmes en présence de sa femme quand, à l'occasion d'une peccadille de l'enfant, l'obsession l'angoissait et lui faisait battre violemment le cœur. Le petit était très taquin, la grande crainte du père était qu'à propos de ses taquineries une impulsion subite ne lui fit lever la main sur lui. Mais sa résolution bien prise était de se tuer si jamais il frappait même légèrement. Elevé dans un collège de prêtres, il avait été très dévot jusqu'à son baccalauréat. Depuis il avait complètement cessé toute pratique religieuse. Mais il se remit alors à prier Dieu et à lui demander plusieurs fois par jour la force de résister à l'impulsion dont il souffrait. Pour s'affermir il prenait souvent l'enfant dans ses bras et le couvrait de baisers et de caresses au point que sa femme s'en amusait cependant même alors, parfois à propos d'une taquinerie du petit, l'idée obsédante survenait et l'angoissait.

Désespéré il vint me communiquer ses tourments. Je le rassurai de mon mieux et lui conseillai l'hydrothérapie et les exercices physiques dont il tira quelque bien. Mais un grand malheur l'attendait. L'enfant venait d'avoir huit ans quand il contracta une grippe infectieuse avec une angine qui se compliqua d'une otite interne très douloureuse. Les cris de souffrance du pauvre petit achevèrent d'ebranler le cerveau de ce malheureux et bien qu'il ne l'eut jamais touché il se figura que, cédant à son obsession, il l'avait frappé sur l'oreille et que c'était les coups qu'il avait donnés qui avaient déterminé la localisation du mal. Cette conception délirante qu'il apprécia d'abord sainement et dont il fit part à sa femme qui s'empressa de lui dire que la douleur lui troublait les idées, car jamais il n'avait porté la main sur son fils, cette conception délirante s'imposa à son esprit comme vraie quand le mal empirant une opération fut jugée nécessaire. Celle-ci ne réussit pas et l'enfant succomba à des accidents cérébraux. Le pauvre père devint alors complètement aliéné. Il s'accusa d'avoir occasionné la mort de son fils par les coups qu'il lui avait portés sur la tête, se déclara un misérable indigne de vivre et eut des idées de suicide. Puis survinrent des hallucinations de l'ouïe en rapport avec le délire. Le malade entendit des voix du ciel qui lui reprochaient son infâme conduite et le déclaraient digne de mort. Il fallut une surveillance de tous les instants pour l'empêcher de se tuer.

Sur mes conseils, sa femme le plaça au pensionnat de l'asile que je dirigeais et j'eus le plaisir de le voir guérir au bout de sept mois

de traitement. Cette guérison s'est-elle maintenue? Le malade quand il quitta l'établissement n'avait plus d'hallucinations de l'ouïe et était conscient de la crise délirante qu'il avait traversée. Il se rendait très bien compte qu'il n'était pour rien dans la mort de son enfant, qu'il n'avait jamais touché, néanmoins il était toujours plongé dans une profonde tristesse. Je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Ces deux observations, les seules que j'ai eu occasion de rencontrer, prouvent, me semble-t-il, que M. Séglas est dans le vrai et que si la transformation de l'obsession en délire et sa complication par une crise de manie ou de lypémanie sont rares, elles se constatent encore quelquefois.

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MOSCOU

Contribution à l'étude des manifestations individuelles des peurs obsédantes dans la constitution idéo-obsessive[1];

Par le Dr SERGE SOUKHANOFF,
Privat-docent de l'Université de Moscou.

Dans la constitution idéo-obsessive chez un seul et même individu on peut observer toujours un complexus très varié de processus psychiques obsédants; les idées obsédantes et les phobies ne sont jamais isolées; il est vrai que quelques-unes d'elles peuvent être exprimées d'une façon plus prononcée que les autres; tantôt c'est l'agoraphobie qui est le symptôme prédominant, tantôt le délire du toucher, tantôt les raisonnements obsédants, etc.; mais en questionnant les malades de ce genre on parvient toujours à constater de pair avec l'un ou l'autre de ces symptômes la coëxistence de toute une série de processus psychiques obsédants les plus variés avec lesquels le malade s'arrange et même quelquefois s'habitue à tel point qu'ils n'influent pas d'une manière visible sur sa conduite. La manifestation externe des processus

[1] Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine. *Etude sur les obsessions morbides.* (*Revue de Psychiatrie*, 1903, n° 1, janvier).

psychiques obsédants est étudiée à un degré suffisant et beaucoup d'entre eux portent des dénominations déterminées. Dans le travail actuel nous voudrions attirer l'attention sur certains symptômes particuliers, observés parfois dans la *constitution idéo-obsessive*.

Avant tout, nous avons en vue de nous arrêter sur les *idées obsédantes de jalousie pathologique*. Comme on le sait, la jalousie pathologique peut être l'un des symptômes des états psychopatiques les plus variés; bien souvent on observe la jalousie chez les hommes dans l'alcoolisme chronique; chez les femmes la jalousie pathologique n'est pas rare comme l'une des manifestations de la dégénérescence hystérique. Concernant les psychoses proprement dites, la jalousie pathologique se rencontre quelquefois dans les états mélancoliques séniles chez les femmes et chez les hommes comme symptômo-complexus de la paranoïa dégénérative chronique. Les idées obsédantes de jalousie sont assez rares, à ce qu'il paraît; pour indiquer d'une manière plus démonstrative, en quoi elles s'expriment justement et dans quelle forme, je me permets de citer ici un des cas de ce genre.

Il s'agit d'une malade d'âge moyen, provenant d'une famille dégénérative. La malade était considérée comme une personne nerveuse et impressionnable; d'après ses paroles, elle se souvient de sa plus tendre enfance. La malade possède un *caractère scrupulo-inquiet*, sur le terrain duquel surgissait chez elle différentes peurs obsédantes; parfois et surtout en liaison avec le processus puerpéral on observait chez elle des accès de la psychose mélancolique, quelquefois exprimée d'une façon très prononcée. Il y a quelques années apparurent chez la malade des idées de jalousie envers son mari, ne correspondant pas à la réalité; dès lors ces idées quittaient rarement la malade, lui causant beaucoup d'inquiétude et de tourment. Avec le temps les idées de jalousie revêtirent un caractère particulier. Lorsque la malade est calme, c'est-à-dire lorsque les idées et la crainte de la trahison du côté de son mari ne l'inquiètent pas, elle se rapporte d'une manière très raisonnable à sa jalousie; elle comprend bien qu'elle a tort, que son mari ne peut pas lui être infidèle, que ses craintes jalouses n'ont absolument aucun motif; elle cherche un secours pour se délivrer de ses inquiétudes obsédantes, avouant bien, que ses idées jalouses causent beaucoup de désagréments à son mari, etc. Mais voilà que de nouveau surgit la crainte de l'infidélité conjugale, la malade commence à s'agiter, à se tourmenter à propos de cette idée obsédante; pour se calmer elle a besoin que son mari lui jure

qu'il lui est fidèle, et que ses serments soient prononcés d'une façon déterminée ; lorsque les idées jalouses apparaissent la malade s'inquiète à propos de chaque papier qu'elle voit; alors elle ressent un désir d'examiner minutieusement chaque petit morceau de papier qui lui paraît suspect, sur lequel il y a quelque chose d'écrit; pour se tranquiliser elle a même soin de coller ensemble les morceaux d'un papier déchiré; elle adresse des questions concernant sa jalousie aux personnes qui l'entourent, aux serviteurs, même aux personnes qu'elle ne connaît pas; lorsque la malade reçoit, d'après son opinion, des preuves suffisantes de la fidélité conjugale, alors pour quelque temps elle se tranquillise, mais cet état de tranquillité ne dure pas longtemps; les idées de jalousie réapparaissent, la malade de nouveau commence à vérifier ses soupçons, questionne son mari, etc. D'autres fois la malade s'inquiète à propos de cela qu'elle se souvient qu'il y a quelques années elle a jeté un papier sans l'avoir suffisamment examiné ; voilà qu'elle commence à se ressouvenir, comment cela s'est passé, elle commence à s'agiter, pensant que, peut-être, c'était justement un papier qui avait rapport aux scrupules jaloux qui la tourmentent. Les idées de jalousie chez la malade sont accompagnées d'une anxiété mentale très accentuée et d'un état d'angoisse, qui atteint parfois un degré très grand et d'un sentiment très pénible.

Comme je l'ai déjà dit plus haut, le malade, se délivrant pour un certain temps de ses craintes jalouses, comprend parfaitement, l'absurdité et la bizarrerie de son inquiétude jalouse et devient tout à fait raisonnable alors. Ce seul fait déjà exclut l'existence ici du délire de jalousie, comme l'une des formes de la paranoïa raisonnante ; la malade en question n'a même pas de délire de jalousie proprement dite ; elle n'a pas non plus dans son caractère d'élément raisonnant. On ne peut pas admettre non plus dans ce cas de jalousie hystérique, qui s'exprime dans une toute autre forme; cette malade n'a point de symptômes de dégénérescence hystérique. Elle possède un caractère scrupulo-inquiet, apparaissant, d'après notre avis, comme une forme peu accentuée de *la constitution idéo-obsessive,* La tendance aux peurs obsédantes a été observée chez cette malade en général; par exemple, par moment elle se tourmentait et s'inquiétait au sujet de cela qu'elle pensait qu'on lui avait changé son enfant pour un autre. A propos de ses peurs, liées à la représentation de l'infidélité de son mari, il faut dire qu'elles portent un caractère, commun aux peurs obsédantes ou aux phobies; dans l'esprit de la malade surgit une peur que son

mari peut lui être infidèle; en ramassant les mo
papier, en les collant et en les examinant, d'après
le malade ne cherche pas dans cela la preuve de l
de son mari, mais elle cherche à tranquiliser pa
doutes et ses peurs obsédantes. Comme chez bien
des, souffrant des obsessions morbides, chez not
aussi existent des idées hypochondriaques, s'exp
forme d'une peur d'avoir une maladie psychique
de conscience.

Dans le cas donné, d'un côté saute aux yeux la
absurde de la malade sous l'influence de la peur
de l'infidélité conjugale et d'autre côté son rappo
nable et sa compréhension de la maladie, lorsq
libre de ses phobies. Nous avons pu aussi cons
cette malade un caractère scrupulo-inquiet, une pe
morale très bien conservée et les remords au sujet
gréments qu'elle cause à son entourage, c'est-à-
avons ici tous les éléments qui entrent dans la co
de *la constitution idéo-obsessive* en qualité de s
accessoires. Pourtant, vu cela que les peurs obséda
la forme indiquée ne sont pas tout à fait ordinair
constitution idéo-obsessive, on ne peut pas réfu
que, peut-être, dans de pareils cas existe une combi
états psychopathiques; la malade, dont il s'agit,
comme cela a déjà été noté plus haut, d'une famil
rative, elle est la fille d'un père qui souffrait d'un
pathologique; le penchant à la jalousie pathologi
raît, donc, chez la malade comme anomalie psychi
ditaire, et comme l'organisation psychique dans le
s'exprime en forme de constitution idéo-obsessive
obsédantes ont revêtu cette manifestation particuliè

La seconde forme de peurs obsédantes, sur laq
voudrions nous arêter encore dans ce travail, co
peur pathologique du refroidissement. Dans cert
constitution idéo-obsessive la peur du refroidisse
revêtir un caractère pathologique très marqué, c
la manifestation externe de cette phobie; avant t
remarquer qu'elle est très étroitement liée avec
exagérée de la signification et du rôle du refroi
dans l'origine des maladies de l'organisme huma
la peur du refroidissement dans la constitution i

sive est liée avec la crainte pour sa propre santé, mais plus souvent cette peur concerne la santé de quelqu'un de l'entourage; par exemple, la mère, possédant un caractère scrupulo-inquiet et sujette à des phobies, craint d'une manière outrée le refroidissement pour ses enfants; elle les garde à la maison, tâchant de ne pas les rendre accessibles à l'air frais, ne les laisse pas se promener en hiver, les accoutre, ayant soin que l'air frais ne pénètre pas dans leurs voies respiratoires, n'ouvre pas les fenêtres, même en été, ayant peur du courant d'air, etc. Une telle peur outrée du refroidissement, pour autant que nous l'avons remarqué, s'observe chez des personnes, où on peut parler d'une *constitution idéo-obsessive*; par conséquent, dans ces cas la peur obsédante du refroidissement apparait l'une des particularités symptomatiques de l'organisation neuro-psychique.

Au nombre des particularités individuelles de la manifestation externe des phobies et des idées obsédantes, il faut rapporter aussi *la peur des montres*; dans le cas, où dans la constitution idéo-obsessive il nous est arrivé d'observer ce symptôme, la peur des montres s'est développée à la suite de méditations obsédantes sur les mouvements éternels des corps de l'univers dans l'espace infini; les représentations de ce genre ont provoqué une peur qui avec le temps s'associa à la représentation de la roue en mouvement et de l'aiguille de montre en mouvement, et à la fin se forma dans ce cas une phobie des montres; cette phobie était si marquée et si intense qu'on a été obligé d'arrêter toutes les montres de la maison et de ne pas s'en servir comme de coutume; l'examen du pouls de la malade avec une montre à la main était, sans doute, tout à fait impossible, puisque la seule vue de la montre éveillait chez la malade un sentiment d'une grande peur. Dans le cas donné existait encore une *peur de voir les objets modifiés en forme, lorsqu'ils se reflètent dans quelque chose de luisant et une peur obsédante de voir un linge ou une robe retournée à l'envers*.

Les exemples que nous venons de citer démontrent encore une fois, quelle variation peut être observée dans la manifestation externe des processus psychiques obsédants chez différents individus; les particularités individuelles dans la constitution idéo-obsessive se manifestent d'une façon très prononcée. En parlant de divers symptômes, se rencontrant

dans de semblables cas, il faut pourtant, pour é malentendus, remarquer encore, que tous ces phén quelques intenses qu'ils soient, ne se rencontren isolément ; mais au contraire, ils existent toujours nément et de pair avec une masse d'autres processu ques obsédants et apparaissent seulement comme mes isolés de la constitution idéo-obsessive qu' considérer comme une forme psychopathologique au

---

CLINIQUE NERVEUSE.

Délire et petit brightisme[1] ;

PAR

A. VIGOUROUX, médecin en chef. à l'asile de Vaucluse.

ET

P. JUQUELI interne. des asiles de la

Obs. VI (résumée). — C..., Pierre, cinquante-sept ans, est entré daus le service le 27 avril 1901, revenant de la Fresnes où il avait été placé à la suite d'une condamnatio de prison pour vol. Il présente au moment de son entrée blissement considérable des facultés intellectuelles, et pa et anxieux. Ses antécédents héréditaires nous sont incon

Dans ses antécédents personnels nous retrouvons : 1° résie ; 2° des habitudes alcooliques anciennes. Depuis q déjà, il avait quelques troubles cérébraux, du délire no avait de plus des envies fréquentes d'uriner, la sensation mort, des vomissements, des crampes dans les jambes.

A son entrée, on constate à l'examen somatique du m l'athérome artériel, de l'albuminurie : C..., a de l'inc d'urine, mais n'est pas gâteux.

L'état de démence, d'inconscience, avec perte absolue moire des faits récents, conservation relative de la mé

[1] Voir nos 91 et 92 des *Archives de Neurologie*.

Par suite des besoins de la mise en page pour le placement de l'article de M. Keraval, nous n'avons pu insérer la fin de dans le précédent numéro.

principaux événements de sa jeunesse, a persisté sans modification jusqu'à l'heure actuelle. Depuis son entrée, ce malade reste alité. Il est dans un état de torpeur presque complète, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il reste immobile, les yeux fermés ne faisant pas un geste. Si on le tire de sa torpeur par une question, il semble s'éveiller et fait manifestement tous ses efforts pour répondre à la question. Il dit son âge, l'année de son incorporation mais est incapable de dire ce qu'il a mangé la veille. C'est à peine s'il reconnait l'infirmier qui le soigne tous les jours. Il est d'ailleurs docile et facile à diriger. La seule modification intéressante à noter, c'est que sous l'influence du régime lacté, le malade devient plus euphorique, tandis que son albuminurie, diminue. Il redevient triste, inquiet quand on le laisse manger comme tout le monde, ce qui fait augmenter la quantité d'albumine.

L'injection sous-cutanée de bleu de méthylène révèle : 1° un retard considérable dans l'apparition de la substance colorante et 2° une lenteur très grande de l'élimination. *L'analyse des urines* de vingt-quatre heures a donné dans une période d'euphorie les résultats suivants :

Volume	1,250 gr.
Réaction.	alcaline.
Coefficient d'oxydation.	74.
Chlorure de sodium	2,18 au lieu de 11,12.
Urée , ...	30 gr.
Albumine	traces.

Quel est le rôle chez cet homme, saturnin possible, de l'insuffisance de la fonction rénale dans la pathogénie de cet état démentiel. Il est difficile de le fixer. Il peut y avoir simple coïncidence ou relation de cause à effet. Toutefois, notons en dehors de l'état démentiel, l'influence que paraissent avoir l'augmentation de l'albuminurie et la diminution de l'excrétion urinaire sur les réactions émotionnelles.

Obs. VII. — B..., (Paul), vingt-neuf ans, élève architecte, est entré dans le service en septembre 1899, présentant des symptômes de mélancolie avec stupeur.

Sa mère est bien portante, son père est mort à cinquante-trois ans, à la suite d'un ictus accompagné d'hémiplégie. Il a un frère et une sœur bien portants. Il n'a pas fait de maladies graves dans l'enfance. Il était intelligent et affectueux. Il sortit à dix-sept ans le premier d'une école d'architecture (?) mais resta inoccupé jusqu'à son service militaire.

Dès qu'il fut au régiment, il se modifia du tout au tout. Il fut très indiscipliné, vint un jour à Paris, sans permission, et voulut frapper sa mère qui s'indignait de lui voir vis-à-vis de sa sœur une

attitude suspecte. Il passa par la suite au Conseil de guer
refus d'obéissance. Après cet incident, sa famille le perdit
jusqu'à son entrée à l'asile. A cette époque il présente une
mélancolique, avec un certain degré de stupeur. Il refuse
sa mère. Il répond très péniblement aux questions qu'on lu
habituellement silencieux, il sort parfois de son mutisn
prononcer à voix basse quelques paroles inintelligibles.

Au point de vue somatique on note que le facies est pâle
jambes sont œdématiées, que les urines contiennent de l'al
et qu'il existe au cœur un bruit de galop. Ces signes d'insu
urinaire, s'améliorent sous l'influence du régime lacté. Le
devient moins triste, mais l'état démentiel ne subit aucune
cation.

En avril 1901, albuminurie plus abondante, élimination r
et prolongée du bleu de méthylène, puis période d'améli
après reprise du régime lacté intégral. Le malade fut plu
jusqu'en octobre 1901.

En octobre 1901, une période d'excitation avec propos g
coïncida avec l'augmentation de l'albuminurie. — En juill
l'analyse des urines dénote qu'il n'existe presque plus d'alb
mais des phosphates en grande abondance. Il y a une dim
considérable de l'excrétion de l'urée dont on ne retro
12 gr. 50 en vingt-quatre heures.

Depuis, l'état est devenu stationnaire ; on note au point
mental un affaiblissement considérable des facultés intelle
du mutisme habituel, une grande docilité.

Le détail intéressant de cette observation est, qu'à di
reprises, sur le fond de démence se soient greffés des
tômes additionnels de mélancolie ou d'excitation, q
coïncidé avec une augmentation des troubles rénaux.

Obs. VIII. — S... (Eugène), âgé de soixante-sept ans, es
dans le service des hommes de l'asile de Vaucluse le 18 janv
avec les certificats suivants : « affaiblissement intellectuel
alcooliques anciens, tendances mélancoliques, idées de pers
et de suicide, préoccupations hypochondriaques ». Dr Leg
« Affaiblissement intellectuel avec idées mélancoliques et
sécution, cauchemars, tentative de suicide. Etourdisse
faiblesse musculaire, habitudes alcooliques anciennes ».
gnan.

C'est un homme normalement constitué de 1 mètre 67 d
pesant 67 kilogrammes et ne présentant pas de tares ph
congénitales notables. A son entrée, nous le trouvons le
bouffis, les pupilles contractées et légèrement inégales. La

saburrale et tremblante. Les réflexes patellaires sont un peu forts les réflexes plantaires en flexion, les réflexes crémastériens faibles.

Il n'y a pas de troubles objectifs de la sensibilité générale mais le malade se plaint de ressentir depuis sept ans, à la suite d'une « congestion » des douleurs fréquentes dans la tête et dans les membres inférieurs. La force musculaire est diminuée. La démarche est difficile, sans caractères précis, et présente une certaine instabilité.

L'appareil respiratoire est normal. Les artères sont dures et flexueuses, mais l'auscultation du cœur ne révèle pas de bruits anormaux. Le malade est habituellement constipé. De plus, il a de fréquentes douleurs au niveau de la région gastrique dans les premières heures qui suivent le repas. Une hernie inguinale droite de petit volume est parfaitement réductible. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine et leur examen clinique n'attire pas l'attention du côté de l'appareil excréteur.

Au point de vue mental, on note en premier lieu un certain degré d'affaiblissement intellectuel puis, avec quelques préoccupations hypochondriaques, des idées de persécution non localisées. « A l'asile de vieillards de Villers-Cotterets où il était avant les incidents qui l'ont amené à Sainte-Anne », de mauvaises gens, des soulards, lui en voulaient parce qu'il était trop tempérant. Ses ennemis le menaçaient de le faire partir, voulaient lui faire du mal, le priver de nourriture. Ils s'impatientaient de ne pas le voir mourir.

C'est pour se débarrasser d'eux en leur donnant satisfaction qu'il a absorbé une bouteille de « médicaments » mais, ajoute-til ça n'était pas sérieux. Si le malade a commis des excès alcooliques son récent séjour à Villers-Cotterets semble bien prouver que ces excès sont de date ancienne.

L'état du malade est sensiblement le même après un séjour d'une quinzaine à l'asile. A ce moment, les préoccupations hypochondriaques dominent les idées délirantes de persécution qui sont un peu effacées. Il en est ainsi pendant plusieurs mois. S..., incapable de s'occuper tant à cause de sa faiblesse musculaire qu'à cause de son état démentiel relatif, se plaint chaque matin de sa santé, mais a un appétit régulier et l'on ne constate pas chez lui de symptômes objectifs en rapport avec ses plaintes. Il est calme, facile à surveiller et ne trahit pas d'hallucinations.

A la fin du mois de juin, le malade est pris de vomissements qui se répètent pendant plusieurs jours. Il se plaint en même temps de céphalées tenaces. Alité, il ne peut se réchauffer dans son lit et demande, en plein été, qu'on lui donne un édredon. Les pupilles toujours inégales sont très contractées. Les paupières sont légèrement œdématiées. L'auscultation du cœur permet de constater un bruit de galop a dédoublement du premier temps. Le pouls est

tendu et vibrant. Le foie est gros, sensible à la palpation. plusieurs jours, S..., n'est pas allé à la selle, il urine so peu à la fois.

Le régime lacté, les diurétiques, quelques purgatifs dr eurent une influence heureuse sur cet état. Toutefois, le tômes ne rétrocédèrent que lentement, et le 14 juillet, une i de 1 centimètre cube de la solution stérilisée de bleu de m au vingtième indiqua un retard considérable dans l'appar bleu et une lenteur très grande de l'élimination.

L'examen complet des urines donne à cette époque les suivants :

Quantité.	2 000.
Densité	1 010.
Urée	35 (17
Coefficient d'oxydation.	79.

Cette analyse fut pratiquée il est vrai à une époque ou ration se dessinait déjà. Mais elle est à peu près négative coefficient d'oxydation est un peu faible, et c'est grâce à l' de bleu [de] méthylène et aux signes physiques concomit l'on put faire le diagnostic de néphrite chronique. Au poin mental, l'hypochondrie s'est exagérée depuis que la petit s'est manifestée d'une façon nette et persiste malgré l'amé physique. Bien que le pouls soit devenu meilleur, que le galop ait disparu, ainsi que la cryesthésie et les maux d malade prétend que son état de santé est tout à fait mauv qu'il va mourir. Il se plaint aussi du régime lacté.

Vers le mileu de septembre, le mieux s'accentue et le moins hypochondriaque peut se lever, dans la journée. Il de vomissements, respire mieux, urine moins souvent et fois, il va régulièrement à la selle et son régime aliment être un peu moins surveillé.

Au mois d'octobre, nouvelle analyse d'urine :

Quantité	2 375 cmc
Densité.	1 009.
Urée	22,44 (9,4
Coefficient d'oxydation.	85.

Ici, bien que l'état mental soit assez satisfaisant, on p une légère diminution dans l'excrétion de l'urée.

Le 25 novembre, le malade est retombé dans un état d'h drie très accusé. A ce moment, il pousse des gémisseme nuels, refuse de s'alimenter, attend la mort. Le teint e terreux, les paupières bouffies, le pouls tendu et irréguli

S...., a des hallucinations à l'ouïe « Est-ce vrai qu'on v demande-t-il à la visite » et comme on cherche à le

« Alors qu'est-ce que ces gens-là me disent donc. » C'est sans doute sous l'influence de ses hallucinations qu'il s'agite, sort de son lit, crie, se cache un instant après sous ses couvertures, a la physionomie très anxieuse, ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

Une injection de bleu de méthylène faite dans les mêmes conditions que précédemment indique que l'élimination est très retardée et très lente, puisque les urines sont encore colorées à la soixante-douzième heure.

L'analyse des urines du 5 décembre donne :

Quantité	1 250 cmc.
Couleur	rouge foncé.
Urée	21.71.
Coefficiant d'oxydation	90.

Ici encore, en pleine période d'excitation, et d'hypochondrie, on note une diminution relative de l'excrétion urinaire puisque le malade est habituellement polyurique et une diminution légère de l'excrétion de l'urée.

A l'heure actuelle, le malade est plus calme, mais encore triste, préoccupé, et n'a prs repris son équiibre.

En résumé, chez un homme de soixante-sept ans, suspect d'alcoolisme, artério-scléreux et quelque peu dément, des idées délirantes de persécution et des préoccupations hypochondriaques intenses se sont manifestées de concert avec divers phénomènes de petite urémie. Sans jamais disparaitre complètement, les troubles psychiques et les troubles de la fonction rénale ont des exacerbations et des diminutions parallèles.

Le séjour du malade dans un hospice de vieillards avant son entrée à l'asile nous permet de mettre en doute le rôle d'une intoxication alcoolique récente dans la genèse d'accidents délirants, plutôt en rapport avec l'auto-intoxication par insuffisance rénale cliniquement constatable[1].

[1] Les observations I, II et IV, brièvement résumées, ont servi de base à une communication faite par nous le 24 novembre 1902 à la Société médico-psychologique.

RECUEIL DE FAITS.

Un cas de maladie des tics; guérison;

Par BOURNEVILLE et POULARD[1]

L'affection nerveuse désignée par Charcot sous le nom de *maladie des tics* est, en général, considérée comme incurable. D'après beaucoup d'auteurs, les rémissions qu'elle présente ne seraient que passagères et incomplètes.

Une jeune fille, qui en est atteinte depuis dix ans, que nous suivons depuis 1890, vient d'en être complètement, sinon définitivement, débarrassée. C'est en raison de cette guérison, contraire à la plupart des opinions reçues, que nous avons cru devoir rapporter son histoire qui a naturellement sa place dans une discussion sur les *tics*.

Sommaire. — *Père rhumatisant. Grand'mère paternelle, hémiplégie gauche. Arrière-grand-père paternel mort d'une congestion cérébrale. Arrière-grand'mère paternelle morte avec une hémiplégie. Grand-oncle paternel mort d'une attaque d'apoplexie.*

Mère : céphalalgies, sourde, caféisme, morte d'apoplexie cérébrale. Grand-père maternel alcoolique, mort à sa troisième attaque d'apoplexie. Grand'mère maternelle morte d'un cancer de l'utérus. Grand-oncle maternel bègue. Oncle maternel mort de tuberculose. Frère mort de méningite. Autre frère, convulsions de l'enfance, mort de tuberculose. Demi-sœur paternelle, morte d'une affection du cerveau. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de onze ans (mère plus âgée).

Conception, rien de particulier. Grossesse, ennuis et idées noires; mouvements violents du fœtus à cinq mois. Rien d'anormal à l'accouchement et à la naissance. Première dent à sept mois; dentition complète à deux ans. Marche à onze mois. Propreté vers un an. Accidents nerveux mal déterminés et rachitisme des membres inférieurs

[1] Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Grenoble (août 1902).

à seize mois. Début de la parole à deux ans ; prononciation défectueuse pendant quelque temps. Accès de colère. Rachitisme guéri. Prodromes et début des tics à sept ans ; leurs variétés ; coprolalie ; clastomanie ; impulsions violentes, influence du chant, de la gymnastique, du traitement moral. Exacerbations et rémissions incomplètes. Guérison.

Vig... (Georgette), née à Paris le 19 janvier 1888, est entrée à la Fondation Vallée le 21 mai 1900.

Antécédents héréditaires. — Père, trente-huit ans, voyageur de commerce à l'étranger, très sobre, rhumatisant, n'aurait pas eu la syphilis. Pas d'accidents nerveux. Il aurait été « débauché » à dix-sept ans par la mère de la malade, Mme veuve Lec..., alors âgée de plus de vingt-huit ans et qui avait un enfant de six ans. Ils se sont brouillés au bout de sept ans parce qu'il y avait des disputes entre lui et le fils, grandi, de sa maîtresse, et aussi parce qu'il la trouvait trop vieille. Il s'est marié depuis et a eu deux enfants légitimes : une est morte, à dix-sept mois, de diarrhée ; la seconde est bien portante ; ni l'une ni l'autre n'ont eu de convulsions. — [Son *père*, âgé de quatre-vingt-deux ans, sobre, est en bonne santé. Sa *mère* est morte à soixante-dix-huit ans, dix-huit mois après une attaque de paralysie (*hémiplégie gauche*). — *Grand-père paternel* décédé d'une *congestion cérébrale*, croit-on. — *Grand'mère paternelle*, morte à soixante-dix-neuf ans, en deux jours, avec une *hémiplégie*. — *Grand-père maternel* mort asthmatique à soixante-dix-sept ans. — *Grand'mère maternelle*, morte d'une pneumonie. — *Un oncle paternel* a succombé dans une *attaque d'apoplexie foudroyante*. — Ses autres oncles et tantes, ses quatre sœurs et leurs enfants n'ont pas eu de maladies nerveuses ou mentales. [Rien à noter dans le reste de famille.]

Mère, quarante-huit ans, ménagère, tempérament nerveux, caractère vif, sujette à des céphalalgies, ne paraissant pas de nature migraineuse, surdité datant de vingt ans, attribuée à l'émotion qu'elle a éprouvée à la mort de son mari, frappé de *congestion cérébrale* et emporté en deux jours. Elle a toujours bu énormément de café. Elle a succombé le 8 mai dernier à une *attaque d'apoplexie*. [Son *père*, *alcoolique*, est mort à soixante-dix-huit ans, à sa troisième attaque d'*apoplexie*. Sa *mère* est décédée à quarante-cinq ans d'un *cancer* de l'utérus. Ses grands-parents paternels et maternels sont morts âgés, de maladie inconnue. Un oncle maternel est *bègue*. Une sœur est morte à neuf ans de la fièvre typhoïde. Deux frères, l'un mort *tuberculeux*, l'autre boiteux par accident, mais ayant une bonne santé. Rien à signaler dans le reste de la famille : pas d'autres bègues, pas d'aliénés, etc.]

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de plus de onze ans (mère plus âgée).

Trois enfants : 1° un garçon mort de *méningite*, sans convulsions, en trois jours, à l'âge de neuf mois ; 2° garçon mort à vingt-quatre ans, de *tuberculose pulmonaire;* 3° une fille, sujet de l'observation.

Antécédents personnels. — NOTRE MALADE. — *Conception* dans des conditions normales, mais nous rappelons que le père avait onze ans de moins que sa maîtresse. *Grossesse* sans aucune complication, sauf des ennuis et des idées noires en raison de sa situation irrégulière et parce qu'elle craignait des reproches de ses patrons, chez lesquels elle était depuis longtemps. Le fœtus a commencé à remuer à cinq mois, d'une manière exagérée, par comparaison avec les mouvements de ses deux premiers enfants. *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, par la tête. *A la naissance*, l'enfant était petite, bien constituée, sans asphyxie, ni circulaire du cordon. Elle a crié « énormément » les dix premiers jours, ne dormait pas, il fallait lui donner le sein pour la calmer. Au bout de cinq à six mois, elle était calme et le sommeil était bon. Allaitement maternel, sevrage à deux ans. Première dent à sept mois, dentition complète à deux ans. Parole un peu tardive : à deux ans elle ne disait que « papa » et « maman ». La prononciation aurait été défectueuse pendant quelque temps. Marche à onze mois ; propreté à un an, mais elle avait été habituée au vase à partir de trois mois.

V... aurait eu, selon sa mère, des *convulsions* à seize mois. Ces prétendues convulsions paraissent se réduire à des accès de colère. L'enfant s'est raidie, a crié, sans perdre connaissance ; elle n'a eu ni contorsions des membres, ni convulsions des globes oculaires. On n'aurait observé qu'une crise de ce genre. Aucune trace de paralysie consécutive. L'intelligence ne fut pas atténuée. A cette époque, V... avait des *déformations rachitiques* très accusées aux membres inférieurs qui ont disparu vers sept ans. Caractère gai, violent, coléreux. Turbulence extrême. Pas d'onanisme.

La santé générale a toujours été satisfaisante, sauf des bronchites et des troubles respiratoires, probablement de nature nerveuse, consistant en étouffements, en quintes violentes, suivies d'épistaxis abondantes, sans hémoptysie. Ni céphalalgies, ni vertiges, ni troubles vaso-moteurs de la face, ni rêves, etc.

V... raisonne convenablement, et bien qu'elle ait dû quitter souvent l'école (le bruit qu'elle faisait en tapant du pied, en criant, gênait ou amusait les autres enfants) ou changer de maîtresses à cause de sa maladie, elle rattrapait très vite ses camarades. Elle aime à faire les ouvrages minutieux, entre autres la broderie. Comme maladies infectieuses, elle n'a eu que la rougeole à quatre ans. Aucune manifestation scrofuleuse. Pas de vers, ni de traumatisme, ni de sévices.

Comme signes avant-coureurs de la *maladie des tics*, nous avons

à relever un changement du caractère qui devint violent, et des mouvements désordonnés à la maison et dans la rue. Au début, à sept ans, alors que les accidents rachitiques commençaient à disparaître, l'enfant était agitée, ne tenait plus en place, trépignait et poussait des « ah! ah! » spasmodiques. Les premiers tics ont consisté en grimaces de la face, projection en tous sens de la langue hors de la bouche. Cette agitation et ces tics, bientôt compliqués de coprolalie, devenant de plus en plus accusés, les voisins se plaignirent et ses parents durent déménager deux fois.

L'agitation intermittente des différentes parties du corps et les cris auraient progressivement augmenté et varié dans leurs caractères. Voici comment la mère de l'enfant les décrit.

V... frappait des pieds à chaque instant, démolissait le buffet à coups de talon, prenait les chaises, les projetait au loin et les brisait. A table, elle cassait les assiettes à coups de fourchette. Cette agitation destructive se manifestait surtout lorsque, l'ayant laissée seule dans le logement, on y rentrait. Dans ces derniers temps, V... était devenue très méchante envers sa mère, qu'elle frappait. Mais aussitôt, s'apercevant qu'elle avait fait mal, elle demandait pardon, disant : « Je ne l'ai pas fait exprès. » Elle poussait des cris divers à chaque instant, proférait des grossièretés. Pendant deux ou trois mois elle a répété sans cesse : « Il est mort! il est mort! » Ayant un jour assisté à un incendie et entendu crier : « Au feu ! », elle n'a cessé, durant une semaine, de crier : « Au feu ! ». Ces expressions, grossières ou non, avaient cours pendant une période plus ou moins longue pour faire place à d'autres expressions. Elle faisait tant de bruit, le jour (jamais la nuit), en s'agitant, elle disait tant de grossièretés que les voisins, gênés autant par le bruit que par l'inconvenance des expressions, envoyèrent à la mère une délégation chargée d'exposer les griefs communs et la menacer d'une demande d'expulsion par le commissaire de police. Elle se décida, en conséquence, à faire entrer sa fille à l'Asile clinique, d'où elle fut dirigée sur la Fondation Vallée.

État actuel (juin). — La tête est normale dans sa forme et ses dimensions. Les cheveux, châtain foncé, sont régulièrement implantés, sans épi, avec un tourbillon unique, médian. Le visage est pâle, un peu amaigri. La physionomie semble exprimer de la mélancolie, de l'inquiétude et de la timidité. Les différentes parties de la face sont régulières (nez, bouche, oreilles, etc.), ainsi que les dents et le palais. Il existe sur la joue droite une cicatrice superficielle dont la présence est expliquée par un de ses tics qui consiste à projeter sa langue sur la joue et à essuyer ensuite de la main l'humidité laissée par la langue. Le tronc et les membres sont réguliers et n'offrent plus aucune des déformations rachitiques qu'elle a eues dans son enfance.

Les aisselles, le dos, le ventre sont glabres. Il y a seulement quelques poils rares et courts sur le pénil et les grandes lèvres; les petites lèvres, triangulaires, sont très courtes ; le clitoris est moyen; l'orifice de l'hymen est circulaire, non frangé. Les seins sont à peine naissants. La malade n'est pas réglée.

La sensibilité générale et spéciale, les fonctions digestives, etc., s'exécutent bien. Les différents viscères sont normaux. Pas de mauvais instincts ni de phobies. Sentiments affectifs peu développés (?). D'après une tante paternelle, la mère de V..., très nerveuse, très bavarde, et sa fille « se disputaient comme deux gamines ». Sommeil calme, prolongé. Voix souvent rauque, voilée ; la parole est libre. L'intelligence est au-dessus de la moyenne. Il n'y a de retard, au point de vue de l'écolage, que par suite d'une fréquentation irrégulière de la classe.

Les membres supérieurs sont constamment agités, exécutant des mouvements de préhension, se portant au visage, etc. L'enfant se frotte énergiquement les paupières. Quelques secondes après, elle remue brusquement l'un ou l'autre bras, sans but défini. Si on lui fait tenir un objet des deux mains, on voit les doigts s'allonger démesurément, d'une manière convulsive. Souvent aussi les avant-bras font tout à coup un mouvement de pronation.

Les membres inférieurs, eux aussi, sont animés de mouvements brusques, violents. La malade frappe des pieds, surtout du droit, comme un cheval impatient qui piaffe. Au moment même où s'accomplit ce mouvement de la jambe, un des bras ou les deux sont portés dans une des différentes attitudes signalées plus haut. Les paupières clignent, les dents grincent, un mouvement respiratoire bruyant a lieu soudain. Tous ces mouvements sont incoordonnés. rapides, involontaires, se répétant sans rythme, à des intervalles variables. La course, le saut s'exécutent bien. Dans la marche, elle frappe des pieds, principalement du droit.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer, capsules de bromure de camphre. hydrothérapie, gymnastique, école et ouvroir.

1901. — Même traitement, et, en outre, huile de foie de morue.
V... est très propre, sa tenue ne laisse rien à désirer; elle est adroite pour la couture, très agile pour la gymnastique. Elle travaille assez bien en classe, mais comme elle exige un peu trop d'immobilité, elle s'impatiente facilement, tape sur les tables. Elle aime tout ce qui demande beaucoup d'exercice. Elle est heureuse qu'on s'occupe d'elle, fait tout ce qu'elle peut pour se rendre intéressante, paraît satisfaite quand on cause d'elle. Son caractère est plutôt doux, gai, affectueux.

1902. *Janvier.* — Persistance des mêmes tics et de la coprolalie. L'enfant fait des efforts pour se retenir; elle y parvient parfois

pour la coprolalie, surtout quand elle est en présence de personnes qu'elle ne connait pas. Progrès notables pour les ouvrages manuels et à la gymnastique.

Voici la description aussi exacte que possible des tics de notre malade :

Le cuir chevelu glisse en arrière, le front se plisse transversalement et verticalement. Les paupières des deux côtés clignent, s'ouvrent, se ferment vigoureusement (ces tics ne sont légitimés par aucune affection des paupières ni des yeux) et en même temps les muscles du nez et des joues se contractent, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais plus à droite, et la bouche s'allonge transversalement ou s'ouvre démesurément ; la langue sort violemment de la cavité buccale, se mettant en tire-bouchon, se portant vers la droite, léchant la commissure labiale et la région avoisinante de la joue ou sur la lèvre supérieure, ou sur le menton ; aussitôt que la langue a passé sur la joue ou les lèvres, V..., d'un revers de main, essuie la salive (parfois la région mouillée s'ulcère), secoue la tête, soulève les épaules subitement et très fortement, en même temps que la tête s'incline vers l'une des épaules avec un mouvement de rotation, comme si elle voulait y essuyer sa joue. Souvent aussi, mais d'une façon moins brusque, elle porte la main à son oreille, exécutant le geste des femmes qui, d'un tour de main, remettent en place les boucles de cheveux tombant sur leurs oreilles. Même geste de la main vers les yeux qu'elle frotte vigoureusement. Les mouvements de la main n'ont pas eu, devant nous, la brusquerie des autres mouvements tiqueux. Elle fait entendre un bruit d'aspiration semblable à celui que font certains fumeurs en allumant leur pipe, elle aspire en claquant des lèvres. Elle renifle fortement, tousse très souvent, fait claquer sa langue contre le palais. Elle produit, en aspirant et en écartant brusquement ses lèvres, un bruit ressemblant à celui d'un baiser. Tous ces bruits et tous ces mouvements sont brusques, rapides, involontaires et ont bien tous les caractères des tics. Si on porte son attention sur les mains, on les voit brusquement et involontairement se mettre en pronation, en supination, s'ouvrir et se fermer. Avec ses pieds elle frappe le sol. Quelquefois, elle lance si fortement en avant son pied fléchi que le genou semble vouloir atteindre la tête qui s'abaisse en même temps.

On note également un mouvement de rotation de la tête, le menton se portant à droite ou à gauche par suite d'une violente contraction des sterno-cléido-mastoïdiens. Elle se giffle, elle se frappe le flanc avec le coude. elle tourne précipitamment les fesses de droite à gauche, elle sourit, siffle comme une locomotive, renifle comme un cheval, sautille comme une chèvre, elle pousse parfois des cris perçants, aigus ; d'autres fois elle grogne, mugit.

Elle présente. en outre, à un haut degré, la *coprolalie* : « Merde,

hou ! con ! ah ! vache ; aïe ! putain, hue ! cul, etc.. », sont des mots qu'elle profère très souvent. Ce langage grossier est en désaccord avec l'éducation convenable qu'elle a reçue et contraste avec son air doux et timide. Nous devons faire remarquer que la coprolalie, très accentuée en temps ordinaire, a toujours disparu en la présence de l'un ou de l'autre de nous.

V... offre également le phénomène de l'*écholalie*. Elle répète la fin de certains mots ou certaines syllabes de ces mots, mais elle fait une sorte de sélection ; guidée par son besoin de coprolalie, elle choisit les syllabes qui sont grossières ou qui, un peu modifiées, rappellent une expression grossière : c'est plutôt une forme de coprolalie qu'une véritable écholalie.

Exemples : S'il s'agissait d'une observation faite à une enfant, elle la répétait tout en y ajoutant un de ses mots familiers. Disait-on à une petite de marcher sur le bitume, elle répétait : « Oui, marche sur le bitte, bitte au cul, bitume », et en même temps elle tournait ses fesses de droite et de gauche tout en avançant son corps en avant.

Un jour, en promenade, on commande aux enfants de ramasser des pissenlits le long de la route ; V... se mit aussitôt en devoir de faire ce qui était commandé. En ayant trouvé un très gros, elle le porte à la surveillante en disant : « Oh ! Mademoiselle Berthe, le beau pissenlit ! prenez ! merde, con, cul, vache ! » et ceci dit avec une volubilité extraordinaire, tout en tirant la langue et ouvrant démesurément la bouche.

A l'ouvroir, la maîtresse ordonne à une enfant de rabattre les coutures, aussitôt V... s'écrie : « Bitte rabattue ! couture rabattue ! » tout en rejetant l'ouvrage qu'elle tenait et en se donnant une claque au visage. On fait une observation à une compagne de ne pas se contrarier entre elles, Georgette reprend : « Oui, con, confessional, se contrarier » et elle secoue, en même temps, ses membres supérieurs. Ces expressions, ces mots, ont toujours été spontanés, impulsifs, sans la moindre recherche.

A la classe, les mots de ce genre surgissaient à chaque instant.

Faisait-on une leçon sur le système métrique, les mesures cubiques, les nombres complexes, etc., elle répétait ces mots en y ajoutant ceux de son vocabulaire : « Mesures cubiques, bitte au cul, cubique, nombres complexes et incomplexes, con, cul, vache, con, complexes. » Elle prenait plaisir à répéter les phrases d'une dictée en les accompagnant toujours d'un mot grossier, ce qui était pour les élèves un vrai sujet de distraction ; on se rappelle entre autre ce mot : « Rubicon », qu'elle a répété avec une intonation peu ordinaire en appuyant sur chacun de ces mots : Rubicon, cul, con, con, cul, bitte !... En même temps elle a relevé ses jupons jusqu'à la hauteur de sa taille et elle s'est assise précipitamment, les fesses nues, sur son banc, tout en tirant la langue

et en haussant les épaules. Ces faits se reproduisaient journellement.

Ses tics ne se présentent pas toujours isolés : ils s'associent souvent, s'accompagnent de jeux de physionomie qui leur donnent une certaine expression. Quelquefois, en effet, notre malade frappe du pied, lâche ses mains qui étaient réunies devant elle, hausse les épaules. Cela ressemble à un geste d'impatience et la figure exprime le même sentiment. D'autres fois, elle hausse les épaules, tandis que les traits du visage prennent un aspect triste, un air d'ennui. C'est le soir que les tics sont à leur maximum. Ils disparaissent durant le sommeil.

Nous devons compléter cette description avec les notes recueillies par la surveillante et ses collaboratrices.

V... rejette la tête tout d'un coup en arrière. Elle mobilise son cuir chevelu. Brusquement, bien que pudique, elle relève jupes et chemise. En classe, elle bouscule souvent ses voisines, leur donne des coups de poing, de coudes, de pieds, et tout cela sans méchanceté, involontairement. Simultanément, exclamations grossières.

Mars. — L'enfant est plus agitée, plus excitée que jamais. Ses mouvements sont de plus en plus brusques et fréquents. A relever ceci : elle ouvre démesurément la bouche, tire la langue en tous sens ou bien contracte la bouche, fait des grimaces, etc. Elle saute, tape du pied avec ardeur, relève sas jupes, fait des contorsions en marchant, simultanément elle pousse des cris perçants, prononce des paroles grossières. Durant cette période d'exacerbation tout travail régulier est difficile : elle coud mal, envoie souvent à droite et à gauche l'ouvrage qu'elle tient entre ses mains. Elle écrit mal, fait des taches sur son cahier, ce qui l'impatiente ; elle arrache les pages et pleure.

Bien des particularités seraient à relever dans les *antécédents héréditaires*. Nous nous bornerons à rappeler les nombreux cas de congestion et d'apoplexie du cerveau, le caféisme, l'alcoolisme, la tuberculose, enfin l'inégalité d'âge considérable des père et mère, celle-ci ayant près de douze ans de plus que celui-là.

Nous trouvons réunis chez V... un grand nombre de tics très divers, compliqués de coprolalie. Les mouvements étaient brusques, rapides, impulsifs, involontaires. Le lavage par la langue des joues et des lèvres, puis l'essuyage un peu brutal déterminaient de la rougeur, des excoriations, et même des ulcérations des régions humectées. Nul autre accident concomitant n'est à noter. Malgré ses tics, V... pouvait chanter, le couplet fini, ils se manifestaient. Les exercices

de gymnastique, les mouvements divers, par exemple, ne suspendaient pas les gesticulations et les grimaces. Il n'en est pas de même des exercices respiratoires avec les barres d'entraînement auxquels nous avons recours depuis longtemps à l'Institut médico-pédagogique et plus récemment à Bicêtre qui, en maintes circonstances, nous ont paru avoir une influence salutaire sur la disparition des tics.

Pendant les premières années, il n'y avait que des mouvements convulsifs, des gesticulations, des cris. La coprolalie aurait paru peu de temps après une visite à la consultation de la Salpêtrière. M. Gilles de la Tourette aurait demandé si Georgette prononçait des mots orduriers. Sur la réponse négative de la mère, il aurait dit : « Eh bien! elle en dira ». Nous citons le fait sans commentaires.

Les rémissions, incomplètes d'ailleurs, étaient rares. Cependant, en janvier 1901, les cris, les exclamations et les mots grossiers avaient relativement diminué. Les mouvements eux-mêmes étaient moins fréquents. Par contre, en mars 1902, il y a eu une véritable exacerbation.

Une fois par semaine, en mai, nous avons fait venir V... dans notre cabinet où elle restait à côté de nous pendant deux heures. Elle était soumise à une sorte de suggestion à l'état de veille. Les tics persistaient, atténués par ses efforts pour se retenir. Jamais, au cours de ces séances, elle n'a prononcé de mots grossiers. C'était là un indice favorable. Après ces séances, les tics et la coprolalie reparaissaient, mais sans exagération. Au commencement de juin, les tics se sont éloignés de plus en plus, les mouvements des membres et du corps ont disparu presque subitement et, huit jours plus tard, les tics de la face. Dans les dernières quarante-huit heures l'enfant avait subi une véritable transformation.

A la demande de sa tante, nous lui avons accordé un congé. Elle est allée chez des parents en Normandie et, il y a quelques jours, nous avons appris que la guérison se maintenait [1].

[1] A la fin de décembre 1902, il n'y avait pas de rechute.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XIIIe CONGRÈS

DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bruxelles, du 1er au 8 août 1903

Ouverture du Congrès.

SÉANCE DU 1er AOUT

Le XIIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est ouvert à Bruxelles, samedi 1er août, dans la salle des fêtes du Palais des Académies. Le ministre belge de l'Agriculture, M. le baron VAN DER BRUGGEN et le ministre de France en Belgique, M. GÉRARD, présidaient cette cérémonie solennelle, MM. DROUINEAU, secrétaire général de la section administrative, représentant le ministère français de l'Intérieur ; BECO, secrétaire général du ministère belge de l'Agriculture, le gouverneur de la province de Liège, M. PETIT DE THOZEE, avaient pris place aux côtés des présidents.

Outre de nombreux médecins belges, un grand nombre de savants français, suisses, espagnols, allemands, hollandais et russes étaient venus prendre part aux travaux du Congrès. La France était brillamment représentée par les professeurs Joffroy, Brissaud (de Paris) ; le professeur Pierret (de Lyon) ; le professeur Pitres (de Bordeaux) ; les Drs Gilbert Ballet, Bourneville, Vigouroux, Arnaud, Hallion, Chervin, Foveau de Courmelles, Berillon, Dupré, Klippel, Keraval, H. Meige (de Paris) ; A. Marie, Toulouse (de Villejuif) ; Vallon (de l'asile clinique) ; Cullerre, Giraud, Doutrebente, Viel, Anglade, Pichenot, Larrivé, Paris, Sizaret, Rayneau, Noguès, Dr Deschamps (de Rennes) ; M. Pelletier, chef du service des aliénés de la Seine ; etc.

Après une allocution d'ouverture prononcée par le ministre Van der Bruggen, qui a souhaité la bienvenue aux membres

étrangers du Congrès et prédit un grand succès et un grand retentissement à ses travaux, M. Gérard, ministre de France, a pris la parole, il a rappelé tout ce que la Neurologie devait aux savants français, tant par ses origines, que par les méthodes sûres qui ont permis son développement. Il a en outre applaudi à la bonne confraternité des médecins belges et français dont la collaboration marquera une date importante dans l'histoire de la psychiatrie et de la neurologie. M. le Dr Drouineau a remercié, en excellents termes, le Ministre de l'accueil fait au Congrès.

Le président médical du Congrès, M. le professeur Xavier Francotte, a remercié en quelques mots les deux ministres du grand intérêt qu'ils portaient aux travaux des congressistes; puis, selon l'usage, il a donné lecture d'une très intéressante étude psychologique *De la timidité et de ses particularités*, qui a clôturé la séance solennelle d'ouverture.

A une heure le Congrès a été reçu à l'Hôtel de Ville par l'un des échevins, M..., remplaçant le bourgmestre, absent. Après une allocution cordiale aux congressistes, à laquelle a répondu le président du Congrès, M. le professeur Francotte, il a conduit les assistants dans les splendides salles du merveilleux Hôtel de Ville de Bruxelles, leur donnant, chemin faisant, avec une grande amabilité, tous les renseignements nécessaires.

A deux heures, il a été procédé à l'installation du bureau ; le Congrès confirme à M. Xavier Francotte, la présidence générale, puis, sous la présidence effective du professeur Brissaud, l'assemblée commence ses travaux par la discussion du rapport de M. Clauss, sur la *catatonie* et la *stupeur*.

Catatonie et stupeur. — Rapport présenté par le Dr A. Claus, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Mortsel (Anvers).

La question que le Bureau du Congrès de Grenoble a mise à l'ordre du jour est une des plus vastes et de plus compliquées de la pathologie mentale. En l'étudiant de plus près, en recherchant comment la « Catatonie » avait surgi, quelles étaient ses relations avec les autes formes morbides, quelle était la place qu'elle devait occuper dans nos classifications, quelles étaient sa valeur, son importance ; si elle devait être considérée comme un symptôme, un syndrome ou une entité morbide, on s'aperçoit qu'au lieu de se rétrécir au fur et à mesure qu'elle progresse, l'étude s'élargit à cha-

que page. En pathologie mentale, plus que dans toute autre science les phénomènes marbides sont connexes, se lient les uns aux autres, et la catatonie, plus que toute autre manifestation, trouve sa répercussion dans tous les domaines de la psychiatrie. C'est dans ce sens que Schülze a dit avec raison : L'étude de la catatonie équivaut à une profession de foi psychiatrique ».

M. Claus ne pouvait évidemment donner à tous les problèmes que cette question soulève l'attention que chacun d'eux mérite : son rapport eût pris des proportions considérables et qui, par le fait même, aurait nui à la précision des débats. Mais il a fait une synthèse délicate des travaux aujourd'hui nombreux et souvent contradictoires d'ailleurs concernant cette si délicate question.

Dans un historique des mieux documentés, il a développé les tendances diverses auxquelles se rattachent les variantes doctrinales en cours dans les différents pays.

Depuis le travail de Westphall, en 187., il a régné en Allemagne une activité intellectuelle énorme. Si les luttes d'école ont paru à certains moments un peu spéculatives, il s'est fait un travail immense, qui a eu pour résultat de pousser à l'analyse, à l'obsrvation suivie des différentes affectations psychiques, et a amené ainsi la constitution de types morbides, tel celui de la DÉMENCE PRÉCOCE. dans laquelle se renferme actuellement la folie catatonique. L'honneur de cette bataille revient en grande partie à l'école d'Heidelberg, qui s'est largement inspirée des travaux de Kahlbaum et de Hecker, et dont le représentant le plus autorisé est le professeur Kraeplin. Est-ce cette école qui nous aura enfin donné la formule libératrice sous laquelle, comme le dit le Dr Sérieux, « nous pouvons classer nombre de sujets, longtemps considérés comme atteints de psychoses diverses, excitation maniaque, dépression mélancolique, stupeur, catatonie, délires polymorphes des dégénérés, affaiblissement psychique primitif ou secondaire, démence vésanique » et tant d'autres encore. C'est à l'examen de ce point que l'auteur consacre ses principaux chapitres.

Après un aperçu général historique, rappelant les travaux de l'Ecole française, M. Claus divise les écoles contemporaines en trois groupes. Dans un premier groupe, il range tous ceux qui considèrent la catatonie comme une entité morbide. Pour un deuxième groupe, la catatonie ne serait qu'un syndrome morbide commun à toute une série d'affections mentales et nerveuses. Enfin un troisième groupe d'auteurs y voient seulement une phase de l'affection démentielle particulière, dite démence précoce.

Sans prendre parti pour l'un ou pour l'autre de ces groupes, M. Claus fait un rapport qui est une revue très générale de la question, sans qu'on puisse lui reprocher un défaut de précision susceptible de nuire à la discussion.

Il a pensé qu'il était plus utile d'exposer la question dans son

ensemble, de montrer les diverses phases qu'elle a suivies, de donner aussi fidèlement que possible l'opinion de chacun.

Pour lui, l'Ecole d'Heidelberg, suivant en cela les traces de Falret, Kahlbaum, Magnan, a eu le mérite de noùs détacher des diagnostics du moment. Il est intéressant de constater qu'un malade est excité, déprimé, stupide, confus, délirant, mais il est autrement intéressant de faire le diagnostic de cette excitation, de cette dépression, de cette stupeur, de cette confusion, de ce délire. Les méthodes nouvelles d'observation qui se multiplient, les enquêtes qui embrassent la vie entière des malade, l'étude de l'homme normal, nous font concevoir tous ces phénomènes sous une face nouvelle. Les symptômes se rattachent les uns aux autres, et les maladies qu'ils mettent en évidence sont conçues d'après la vraie méthode clinique. A ces points de vue, le syndrome catatonique, dont sera discutée la valeur, aura rendu de grands services à la psychiatrie. Il remue de fond en comble toutes les notions que nous avons acquises, et oblige à un travail immense d'observation et d'analyse. N'aurait-il eu que ce seul mérite, qu'il faudrait s'en féliciter.

Quoi qu'il en soit, la « démence précoce » existe. Entrevue par Morel, l'illustre aliéniste français, elle a acquis, grâce aux travaux remarquables de l'Ecole d'Heidelberg, son droit de cité dans la psychiatrie.

Le rapporteur en développe la symptomatologie, la physiologie et la pshychologie pathologique, après en avoir esquissé l'étiologie et la pathogénie générale.

« Après la lecture de ce rapport, on me reprochera, dit-il, sans doute, d'être un de ceux *sub aliena umbra latentes*, qui *se tapissent sous l'umbre estrangière*, comme traduit Montaigne ou que *j'ay faict icy un amas de fleurs estrangières n'y ayant fourni du mien que le filet à les lier....* Le rôle du rapporteur est peut-être moins de défendre un bien personnel que de définir la pensée des autres.

« Si de temps à autre, trop souvent peut-être, il devait m'arriver..., de m'écarter de cette voie, prudente dans l'espèce, ne jugez pas avec trop de sévérité, mais dicutez largement. Du choc des idées, la lumière jaillira et le Congrès de Bruxelles sera pour tous, comme ses devanciers, une école d'enseignement et d'estime réciproque. »

M. Ballet (de Paris). — L'évolution des idées qui s'est poursuivie en Allemagne depuis un certain nombre d'années, et qui a abouti à l'introduction, dans le groupe des maladies mentales, d'une nouvelle entité morbide, la démence précoce dont la catatonie de Kahlbaum constituerait la variété la plus importante, me semble avoir été acceptée un peu trop facilement, sans qu'on ait apporté dans l'examen de cette doctrine l'esprit critique qui, en

matière scientifique, ne doit jamais perdre ses droits. Avant de proclamer, en effet, l'autonomie de la démence précoce, il conviendrait d'en asseoir solidement les bases.

Et tout d'abord, quelle signification faut-il accorder au mot *précoce* accolé de démence? Doit-il s'entendre seulement de l'âge auquel cette démence fait son appariton, ou de la plus ou moins grande rapidité de son évolution? Il semble qu'on doive lui accorder cette double signification, puisque cette appellation, qui était considérée autrefois comme synonyme de celle de *folie de la puberté*, est devenue ensuite, par extension, synonyme de celle de *folie de l'adolescence*, et que maintenant on l'applique à des démences qui ne font leur apparition qu'à l'époque de la maturité de la vie (démence paranoïdes). Pour ces raisons, le terme de *démence vésanique hâtive* serait peut-être plus justifié que celui de démence précoce. Cette question de terminologie écarté, sommes-nous actuellement en présence d'un véritable type morbide, et sur quelles bases peut-on l'établir? Nous manquons encore à cet égard de données précises. En dehors de la symptomatologie de cette affection, qui a fait l'objet de nombreuses descriptions, nous ne connaissons en effet ni les lésions avec lesquelles elle est en rapport, ni les facteurs étiologique qui président à son développement Or, c'est précisément ce dernier point qu'il importait à mon avis d'élucider avant de proclamer l'autonomie de la démence précoce. Cette question a une importance capitale, car s'il était démontré que la démence précoce constitue réellement une affection individuelle, reconnaissant des causes propres, c'est une véritable révolution qui s'accomplirait en psychiatrie, et qui bouleverserait tous les cadres actuels de la médecine mentale en reléguant au dernier plan les facteurs étiologiques, tels que l'hérédité et la dégénérescence, qui jusqu'à ce jour y ont joué un rôle prépondérant. S'il était établi, au contraire, que la démence précoce ressortit à la dégénérescence mentale, qu'elle n'est qu'une des modalités déjà si nombreuses et si variées d'un trouble de l'évolution du système nerveux, la question changerait de face et nous ne serions plus en présence que d'un état dégénératif qui prendrait naturellement place au milieu du groupe des psychoses de même nom, groupe dont les frontières ont été, je le reconnais, beaucoup trop reculées, surtout en France.

Pour trancher cette question qui, selon moi, est capitale et qui domine la discussion actuelle, il serait nécessaire de faire appel non pas aux statistiques globales, comme celle de M. Krapelin, dans lesquelles on se borne à énoncer le pourcentage des cas où les malades présentaient des antécédents héréditaires ou des stigmates de dégénérescence et ceux où ces facteurs étiologiques faisaient défaut, ceux où il s'agissait de sujets normaux, bien doués intellectuellement avant l'apparition des troubles mentaux, ou au

contraire de sujets originaux, excentriques ou considérés comme faibles d'esprit dès leur enfance. Cette méthode est impuissante à fournir la solution du problème. Ce à quoi il faut s'attacher, c'est à réunir un certain nombre d'observations dans lesquelles les antécédents des sujets seront soigneusement recueillis en même temps que l'évolution de la maladie sera fidèlement enregistrée avec toutes ses particularités, de façon à ce qu'il ne puisse pas y avoir le moindre doute sur le diagnostic.

Jusqu'ici ces observations font défaut; c'est une lacune qui demande à être comblée, et pour commencer, voici un premier fait qu'il m'a été donné d'observer recemment et qui confirme et justifie les considérations précédentes.

Un jeune homme ayant fait des études brillantes, lauréat ds plusieurs concours, etc., présenta à l'âge de vingt-six ans tous les signes d'un accès de dépression mélancolique, lequel s'accompagna au bout de quelque temps de symptômes atténués de négativisme et d'affaiblissement des facultés; finalement le malade devint complètement dément. C'était bien là, on en conviendra le tableau classique de la démence précoce: l'âge du patient, la façon dont les accidents avaient débuté, leur caractères et leur évolution. tout concourait pour faire admettre ce diagnostic. Or, en recherchant dans les antécédents personnels et héréditaires du sujet quelle pouvait être la cause de cette affection, je ne rencontrerai d'abord que le néant.

Cependant une enquête que je fis quelque temps après m'apprit que le frère aîné de ce malade avait eu un jour, sans motif, une altercation singulière avec un des chefs de l'administration dont il dépendait, et qu'il était devenu par la suite un délirant paranoïde. Ce premier résultat acquis, je ne tardai pas à découvrir d'autres tares morbides chez plusieurs membres de la famille. On voit par ce petit fait qui, isolé, n'a peut-être pas une grande valeur, avec quelle réserve il faut accepter les renseignements qui nous sont fournis et de quelles garanties il faut s'entourer avant d'affirmer l'absence de toute hérédité morbide. Mon malade, quoique non dégénéré, était un héréditaire, et cela suffit pour affirmer le caractére de non-contingence de ses troubles mentaux.

Je crois donc qu'avant de se prononcer d'une façon catégorique sur la véritable nature de la démence précoce, il sera nécessaire de réunir, de grouper un certain nombre de cas bien étudiés, suivis pendant longtemps et d'en tirer les conclusions qu'ils comporteront.

M. Masoin (de Gheel). — Je désire examiner, au seul point de vue de leur pathogénie, certains troubles moteurs qui font partie du syndrome catanonique: je veux parler des *tics*, des *gesticulations*, des *attitudes*, des *actes impulsifs*, etc., qui donnent à la plupart des déments précoces une physionomie si curieuse.

Tous ces phénomènes d'extériorisation motrice doivent être rapprochés, à mon avis, des tics et gesticulations des idiots, et considérés, par conséquent, comme le produit de l'automatisme cérébral. Chez deux catégories de sujets, en effet, ces troubles moteurs revêtent les mêmes caractères : ils sont exécutés sans but, ne sont jamais le reflet d'idées délirantes et sont dépourvus de toute signification.

La seule différence qu'on puisse noter — et elle est légère; — c'est que, chez l'idiot, les tics et stéréotypies ont généralement une étendue moindre que chez l'hébéphréno-catatonique : ils sont localisés à un membre ou à un segment de membre, tandis que chez le dément précoce ils intéressent habituellement plusieurs régions du corps, constituant ainsi une sorte d'association de stéréotypies.

Ce qui plaide encore en faveur de l'origine automatique de ces stéréotypies démentielles, c'estqu'on les observe dans les états passagers où définitifs où le pouvoir inhibiteur cortical est atteint, en d'autres termes dans la plupart des états de stupeur cérébrale (traumatismes crâniens, hystérie, épilepsie etc,). Du reste, n'observe-t-on pas aussi chez l'homme normal absorbé par un travail intellectuel, ou chez certaines personnes distraites, des mouvements de peu d'étendue, qui s'exécutent à l'insu du sujet, qui n'ont aucune signification et durent parfois des heures entières sans provoquer de sensation de fatigue? L'origine et la permanence de tics, chez des sujets pour le reste normaux, s'explique, comme l'a montré M. Meige, par l'absence d'inhibition des centres corticaux supérieurs sur les centres des étages inférieurs du cerveau et de la moelle : or il n'y a aucune raison de ne pas rattacher au même processus les stéréotypies des catatoniques.

Il est un autre ordre de phénomènes également moteurs, qui pour inconstants qu'ils soient dans la démence précoce, ne méritent pas moins d'être connus. Je veux parler des crises épileptiformes survenant dans la forme catatonique de cette affection, et dont nous avons, M. Meeus et moi, observé cinq cas sur un total de soixante-cinq déments précoces. Ces crises apparaissent tantôt à d'assez longs intervalles, tantôt, au contraire, à intervalles rapprochés (une seule journée). Mais éloignées ou rapprochées, ces crises, outre qu'elles sont rarement identiques aux accès d'épilepsie vraie, ne constituent jamais que des manifestations rares, ne se reproduisant que trois ou quatre fois dans la vie des malades.

Il va de soi qu'il ne s'agit pas, en l'occurence, d'épilepsie méconnue, ultérieurement suivie de démence, le diagnostic de démence hébéphréno-catatonique, ayant été soigneusement vérifié dans ces cas.

M. Meige (de Paris). — Les anomalies de la fonction motrice signalées dans les états catatoniques revêtent deux modalités

principales. La première se traduit cliniquement par une intensité et surtout une persistance anormale de la contraction musculaire, dont les stéréotypies d'attitude, la flexibilité cireuse, les attitudes cataleptoïdes représentent des degrés divers. La seconde se manifeste par la répétition anormale d'une même contraction, spontanée ou provoquée : telles sont les stéréotypies du mouvement, certains tics, les différentes formes d'échokinésie ou d'échopraxie.

Ces deux troubles de la fonction motrice existent aussi, à des degrés variables, dans diverses formes de psychoses et de névroses, et même au cours de certains états pathologiques aigus (infections, intoxications). Dès lors, il nous semble qu'il y aurait intérêt à rechercher l'existence de ces phénomènes chez tous les sujets, de même qu'on explore aujourd'hui l'état de la réflectivité ou de la sensibilité. On peut, d'ailleurs, commodément, faire cette recherche en étudiant le « phénomène de la chute des bras ». Voici en quoi il consiste :

On dit au sujet de se tenir debout, les deux bras élevés horizontalement, en croix. On se place devant lui en mettant une main sous chacun de ses coudes; on lui demande d'abandonner complètement ses bras sur les supports ainsi constitués, et, si l'on retire ceux-ci, de laisser retomber ses membres complètement inertes, par leur propre poids.

Normalement, le relâchement musculaire s'obtient aussitôt : on peut déjà s'en rendre compte au poids des membres soutenus ; mais surtout, si l'on retire brusquement les mains, on voit les bras du sujet tomber, suivant la loi de la chute des corps, avec une vitesse croissante au fur et à mesure qu'ils se rapprochent de la verticale : c'est un mouvement uniformément accéléré. Rencontrant alors les cuisses, ils rebondissent et font trois ou quatre oscillations d'amplitude décroissante.

Chez certains sujets, les choses ne se passent pas ainsi. D'abord les bras étant dans la position horizontale, lorsqu'on vient à retirer les mains qui les soutiennent, la chute ne se fait pas immédiatement; un temps plus ou moins long s'écoule avant que se produise le relâchement musculaire ; puis les bras s'abaissent, tantôt avec une lenteur qui témoigne de la persistance d'une contraction frénatrice des muscles élévateurs, tantôt avec une brusquerie qui indique la participation active des muscles abaisseurs.

Dans les deux cas, le relâchement musculaire n'est pas complet. les membres ne tombent pas selon la loi de la chute des corps, et lorsqu'ils arrivent au contact de la cuisse, ou bien ils l'effleurent à peine, ou bien ils y restent appliqués : on ne voit pas se produire alors les oscillations qui caractérisent la chute des membres abandonnés à la seule pesanteur.

En répétant cette expérience clinique plusieurs fois de suite, si

l'on constate toujours ce même phénomène, on peut y voir la preuve de l'existence d'un trouble de la fonction motrice. Et cette inaptitude au relâchement musculaire semble bien la conséquence d'interventions corticales insuffisantes ou inopportunes.

Une seconde expérience clinique, qui peut se faire dans les mêmes conditions, donne en outre des indications sur l'aptitude du sujet à répéter inopportunément la même contraction musculaire : au moment où les mains servent de support aux bras du patient (auquel on a recommandé d'abandonner passivement ses membres), on commence par imprimer à ceux-ci une ou deux légères oscillations de haut en bas. Normalement, les bras suivent l'impulsion qu'on leur donne et conservent leur inertie lorsqu'on cesse de les mouvoir. Chez certains sujets au contraire (en général les mêmes que précédemment), les oscillations continuent à se produire activement pendant un temps plus ou moins long, après qu'on a cessé de les imprimer.

M. Archambault (de Tours). — J'ai observé un fait qui montre bien à quel point la sensibilité peut être diminuée chez les déments précoces. Un homme de vingt-sept ans, atteint de démence hébéphrénique et interné depuis trois ans, occupait ses nuits à s'introduire sous la peau des bras, des jambes et du tronc, et cela symétriquement des morceaux de fil de fer provenant de son sommier.

En lui faisant prendre un bain de propreté, l'infirmier lui vit le corps couvert de petites plaies : chacune était la porte d'entrée d'un morceau de fil métallique — il y en avait 37 en tout — d'une longueur variant de 3 à 11 centimètres et de 1 millimètre et demi à 2 millimètres de diamètre. Ces corps étrangers furent extraits en quatre séances ; les incisions au bistouri, parfois longues et profondes, n'ont jamais amené chez le malade la moindre plainte ni la moindre réaction de défense : on aurait cru taillader un cadavre. A deux ou trois reprises toutefois, on a pu remarquer une légère contraction de la face. Le malade, à ce moment-là dans une période de dépression et de mutisme, a cependant deux fois indiqué où se trouvaient encore des morceaux de fer.

Séance du 2 aout. — *Visite de Gheel.*

Les congressistes, en grand nombre, sont partis de Bruxelles, dimanche à 8 heures du matin pour Gheel où ils sont arrivés à 10 h. 18. Aussitôt ils se sont divisés en cinq groupes qui ont visité un grand nombre d'habitations des aliénés sous la direction de M. le Dr Peeters, médecin directeur, Boeck-

MANS, médecin principal, CUISENAIRE, MASOIN et MEEUS, médecins adjoints. La note de M. le D[r] Meeus, qui a été remise, à l'arrivée, à tous les congressistes, permet de se rendre compte de l'organisation de la Colonie.

Les détails d'une section à la Colonie de Gheel; par le D[r] F. MEEUS, médecin à la Colonie de Gheel.

Dans une colonie quelque peu vaste comme celle de Gheel, il est sans conteste avantageux de diviser le village en *sections*. Sous le contrôle général d'un médecin-directeur, ces sections constituent des centres autonomes : elles facilitent et améliorent l'administration, la surveillance et le service médical. A l'*infirmerie* ou dépôt central se concentrent les services administratifs : mais dans les *sections* bat réellement le cœur du patronage familial.

La colonie de Gheel est divisée en *quatre* sections indépendantes avec, dans chacune, un médecin, deux gardes, et un baigneur qui demeure à l'établissement de bains. Inutile de décrire ici les multiples aspects de la section : la visite que les membres du Congrès feront à la colonie vaudra mieux qu'une longue description. Voici, comme introduction à cette visite, quelques détails sur ma propre section et quelques considérations sur le service d'une section en général.

1[re] SECTION, côté Est. — La section s'étend au côté Est de la colonie et comprend : 1° *Toute la paroisse de Bell*; 2° *La plus grande partie de la paroisse de Sainte-Dimphne*; 3° *Une partie de la paroisse de Winkelomheide.*

Elle est traversée au nord par la ligne du chemin de fer Anvers-Gladbach, et dans toute son étendue par la rivière Grande-Nèthe et ses nombreux affluents. Bien que sablonneuse, la terre est fertile ; au voisinage immédiat de la rivière, s'étendent des prairies riches en tourbe. Celle-ci est extraite en grande quantité, comme combustible.

La section renferme 260 nourriciers. La plupart sont des agriculteurs ; au centre de la paroisse de Saint-Dimphne, se rencontrent des ménages d'artisans et de commerçants. Les fermes sont *en général* d'exploitation moyenne, quatre à six vaches, avec un bœuf ou un cheval. Les produits sont le seigle, l'avoine, les pommes de terre, la betterave fourragère, etc., mais les paysans cherchent surtout des bénéfices dans les produits de l'étable : beurre et élevage.

La moralité des nourriciers est bonne. Cette section constitue le noyau le plus ancien de la colonie, puisque c'est autour de l'église et dans la paroisse de Sainte-Dimphne que furent reçus,

logés et soignés les pélerins aliénés [1]. Elle renferme 389 aliénés, classés comme suit :

	Hommes.	Femmes.
Manie [2]	12	19
Mélancolie	15	14
Délire	33	31
Folie périodique	1	5
Démence consécutive	17	18
Démence organique	8	3
Folie toxique	6	»
Folie paralytique	9	2
Folie névrosique	13	16
Idiotie, imbécillité	94	73
Total	208	181

Comparant le nombre des aliénés au nombre des ménages des nourriciers, on voit qu'il y a dans la section 127 ménages à un seul aliéné. Comme le règlement admet deux aliénés dans un ménage, et laissant là les nombreuses demandes d'admission de nouveaux nourriciers, la conclusion s'impose que, dans la colonie, il y a encore de nombreuses places vacantes. — Parmi ces 389 malades, il y en a 272 qui s'occupent de différents travaux, et 117 inoccupés.

Le médecin visite les aliénés de la section dans leur ménage, au moins une fois par mois. Les curables doivent être visités toutes les semaines au moins une fois, et les aliénés malades aussi souvent que l'exige leur maladie. Le garde visite la partie de la section qui lui est désignée, au moins deux fois par mois ; au surplus il doit porter en différentes directions les avis administratifs qui lui sont donnés par le directeur ou le secrétaire du Comité permanent. Les visites, avec l'indication de la date, sont inscrites dans *le livret à visite* : le médecin signe, le garde appose simplement une estampille indiquant la date. Chaque aliéné a son livret propre dont le nourricier a la garde. Outre ce livret à visites, il y a, dans chaque ménage de nourricier, un *livret commun* aux deux aliénés et où sont inscrits le mobilier de la chambre, la literie et objets divers.

Tous les matins, les deux gardes viennent rendre compte au médecin de la section de leur besogne de la veille. Dans un *carnet* ils inscrivent, jour par jour, tous les ménages qu'ils ont visités, avec des détails et des remarques s'il y a lieu. Le médecin signe

[1] *Note sur le Gheel ancien*, par les Drs Masoin et Fr. Meeus. (Rapport au Congrès d'Anvers, 1902).

[2] Je conserve ici la classification officielle de la Colonie, et les diagnostics tels qu'ils furent posés à l'entrée même des aliénés dans la Colonie.

sur le carnet à la date du jour, et y joint son propre rapport, une feuille volante sur laquelle se trouve le nom du hameau visité et les noms des aliénés qui sont mariés. Avec leurs carnets et le rapport journalier du médecin, les gardes se rendent chez le médecin-directeur qui contrôle et donne au besoin des indications au garde et des ordres en retour au médecin.

Généralement, c'est aussi le médecin qui correspond avec les familles, il garde les adresses des familles qui sont en correspondances régulières avec des aliénés traités dans sa section, et en cas de maladie, avertit les proches.

Tous les trois mois, le médecin fait un *rapport sur les fonctions génitales* des femmes, et cela en vue d'éviter les grossesses méconnues. Tous les trois mois, il adresse en plus au médecin-directeur un rapport complet sur tous les détails du service de la section. Il tient sous sa responsabilité les *feuilles d'observations* de tous les malades de la section et y inscrit les modifications que subit l'état physique ou mental de l'aliéné. Il tient, enfin, un *registre* où sont inscrits les noms des nourriciers, les noms des aliénés et la nature de la maladie mentale.

Toutes les semaines, à un jour fixé pour chaque section, il y a distribution d'habillement aux nourriciers. Le garde, dans sa tournée, fait le relevé des habillements à fournir, il remplit un *bordereau ad hoc*, et le signe ; le médecin contrôle le bordereau et le magasinier l'exécute.

Toutes les semaines aussi, il y a un jour de bains dans chaque section, Le maître-baigneur avertit les nourriciers dont les aliénés doivent venir aux bains. Le médecin est présent durant toute la durée des bains, et inscrit dans un *registre*, avec la date, les noms de l'aliéné, la durée et la chaleur du bain, ainsi que le poids de l'aliéné. Le contrôle du poids est aussi inscrit dans le livret à visites, de sorte que le médecin, par comparaison avec les poids antérieurs, est toujours renseigné sur l'état de nutrition de l'aliéné.

Quand un aliéné malade réclame des soins spéciaux, ou encore quand il se méconduit, ou qu'il devient trop turbulent, le médecin demande son admission à l'infirmerie, et remplit un *bulletin* spécialement rédigé à cet effet. A la mort d'un aliéné, le nourricier vient immédiatement avertir le médecin de la section. Celui-ci constate le décès, inscrit cette constatation, avec détails s'il y a lieu, dans le livret à visites, et délivre au nourricier une *déclaration du décès*. Muni du livret de l'aliéné et de la déclaration du décès, le nourricier se rend d'abord chez le secrétaire de la Colonie, et puis chez l'officier de l'état civil du village. Une autopsie semble-t-elle intéressante ou nécessaire, le médecin de la section avertit le médecin-directeur qui charge deux infirmiers ou deux gardes d'aller chercher le cadavre. En cas de guérison, le médecin

de la section délivre un *certificat de sortie* : cinq jours après, sauf contre-avis du médecin-directeur, l'aliéné est renvoyé en famille.

Quand un habitant de Gheel désire être inscrit comme nourricier, il s'adresse au *Comité permanent de placement et d'inspection locale de la Colonie*. Ce comité se compose du bourgmestre et du premier échevin de Gheel, de trois membres désignés par le Ministre de la Justice, et de trois médecins de la Colonie, à savoir : le médecin-directeur et les deux médecins de section les plus âgés. Les deux autres médecins de section et le médecin-anatomiste n'en font point partie. Ce Comité délègue le médecin de la section où habite l'aspirant nourricier, à l'effet de rechercher les conditions physiques et morales que présente le ménage. Le médecin inscrit ses observations sur un *rapport questionnaire* et envoie celui-ci au Comité permanent. Le médecin de la section est-il un de ces deux médecins les plus âgés de la Colonie, il peut alors confirmer pratiquement ses observations concernant le nouveau nourricier, et lui donner ou lui refuser un aliéné. Au cas contraire, il n'a aucune prise ni sur ce placement ni sur aucun autre, ce qui constitue une grave lacune dans l'organisation générale de la Colonie.

Les membres non médicaux du Comité permanent, de même que le médecin-directeur, visitent les quatre sections au moins une fois par an : ils inscrivent aussi dans le livret à visites la date et leur signature. Enfin, les nourriciers et les aliénés sont encore vus et inspectés dans le courant de l'année par le Procureur du Roi de l'arrondissement, par un inspecteur des asiles d'aliénés, délégué par le Ministre de la Justice, et par l'aumônier.

La pension est payée aux nourriciers après chaque *trimestre*, quand il s'agit de la pension d'aliénés appartenant à des familles aisées, et après chaque semestre, quand il s'agit d'aliénés secourus par le Fonds Commun. La pension des aliénés aisés varie entre quatre cents francs et deux, trois mille francs et plus. La journée d'entretien des indigents varie *suivant les soins que l'aliéné réclame*. Il y a trois classes, celles des aliénés propres, celle des demi-gâteux et celle des gâteux ; la journée d'entretien s'élève respectivement à 65 cent., à 85 cent., et à fr. 1.05. Quand un aliéné propre devient gâteux par l'âge ou les progrès de la maladie, le médecin de section propose au Comité permanent de le changer de catégorie.

Laissant les 25 pensionnaires riches dont la pension varie avec l'aisance même de leurs familles respectives, je trouve parmi mes 364 aliénés indigents : 54 propres, 155 demi-gâteux, 145 gâteux.

Voici donc quelques indications générales sur le service d'une section à la Colonie de Gheel : elles constituent une aride énumération de rapports, un squelette. J'espère pourtant qu'elles intéresseront les membres du Congrès parce qu'elles montrent la

trame cachée du patronage familial des aliénés à Gheel. Autour de ce squelette, de cette charpente cachée dont on ne soupçonnerait point l'existence, *tant les diverses parties s'engrènent d'une façon discrète*, autour de tout cela il faudrait maintenant vous décrire la chair et les viscères : c'est-à-dire l'action continue et réciproque du médecin, du garde, du nourricier et de l'aliéné dans leurs rapports quotidiens, vous montrer la sollicitude des uns, le bonheur relatif des autres, et finalement le bien général qui en résulte tant pour l'aliéné que pour l'habitant de Gheel. Mais tout cela sort évidemment du cadre des considérations que je me suis proposées dans cette notice. Il me reste pourtant à dire quelques mots des accidents. Ils sont relativement rares à la Colonie de Gheel, *bien que les aliénés soient exposés comme tout le monde à tous les accidents de la vie ordinaire*. Cela tient sans doute au personnel nombreux de surveillants dont nous disposons. Eu égard aux conditions séculaires de Gheel, on peut dire que réellement les dix-huit cents aliénés sont surveillés par tout un village dont la population s'élève à 13 000 âmes. Depuis six ans que je suis en service à la Colonie, je compte, pour tout le territoire de ma section, comme accidents graves, une mutilation de la main dans l'engrenage d'une machine à battre le blé, deux fractures de clavicules, une fracture de la jambe (ces trois fractures à la suite de chutes), et une asphyxie par fausse déglutition chez une idiote.

A une heure, tous les groupes étaient réunis pour le déjeuner, après lequel a eu lieu la visite de l'infirmerie. Le directeur de la Colonie, le Dr Peeters, ses médecins collaborateurs, MM. les Drs Boeckmans, Cuisenaire, Masoin, Meeus, ont, au cours de la visite, donné, avec une très grande obligeance, les explications les plus détaillées.

SÉANCE DU 3 AOUT (matin).

Histologie de la paralysie générale; Rapport présenté par M. le Dr KLIPPEL, médecin des hôpitaux de Paris.

CONCLUSIONS : *Les lésions dans leur nature.* — Un syndrome ne correspond ni à une même cause pathogène, ni à une lésion unique. Il relève d'une même localisation et *d'une même modalité de réaction*, sous des causes et des lésions diverses. La paralysie générale est un syndrome. La paralysie générale commence et finit là où commence et où finit le syndrome clinique. Trois groupes de paralysies générales s'observent. Le premier se caractérise par des lésions inflammatoires pouvant aller jusqu'à la diapédèse la plus

marquée. (Paralysies générales inflammatoires). Dans le second, la même encéphalite inflammatoire est en évolution sur des lésions préalables et apparaît comme une infection secondaire. (Paralysies générales associées). Le troisième comprend des lésions purement dégénératives, de causes diverses, à l'exclusion de toute inflammation marquée sur la diapédèse vasculaire. (Paralysies générales dégénératrices.)

Dans le groupe de l'encéphalite inflammatoire, on peut distinguer un processus marqué surtout par l'hyperhémie avec active exsudation et une inflammation avec diapédèse intense. Mais les deux formes s'entraînent étroitement et la seconde peut sans doute être la suite de la première. Ces lésions n'offrent aucun caractère de spécificité. On n'y saurait déceler aucun de ceux qui ont été assignés aux lésions syphilitiques certaines, ni comme topographie nodulaire, ni comme évolution rapidement caséeuse. Mais on peut encore appuyer davantage cette manière de voir, si l'on considère comment se présente la syphilis encéphalique avérée, suivant la date à laquelle elle se produit à partir de l'infection par le chancre. Plus les lésions sont précoces et plus elles sont diffuses; ainsi les cas de méningites occupant une large étendue, les artériopathies très multiples, tant dans l'encéphale que dans la moelle, sont relativement précoces, par opposition avec les gommes tout à fait circonscrites et isolées, dont l'apparition est beaucoup plus tardive. De sorte que, plus la virulence décroit, plus les lésions sont circonscrites et localisées. Alors, si l'on voulait admettre la nature syphilitique de l'encéphalite paralytique, il faudrait concevoir qu'une infection qui frappe le cerveau en toutes ses parties, qui atteint les méninges, les ventricules, qui envahit le mésocéphale, désorganise la moelle par la diffusion la plus complète et qui aboutit en deux ou trois ans à une issue fatale, à pareille évolution au moment où sa virulence est du moindre degré!

Il est vrai qu'en accordant une grande part à la syphilis, beaucoup d'aliénistes en sont venus à définir la paralysie générale une maladie *parasyphilitique.* Alors, je demanderai à ces auteurs quelle est la nature de cette maladie *qui est* parasyphilitique. S'ils admettent qu'elle est une infection *banale* favorisée par une syphilis antérieure, je suis d'accord avec eux pour un bon nombre de cas.

L'encéphalite paralytique inflammatoire apparait comme un processus infectieux très banal et c'est l'une des multiples raisons qui m'ont servi à lui assigner une origine correspondante. Malgré de nombreuses tentatives, on n'est jamais arrivé à trouver un critérium histologique pouvant faire distinguer de telles lésions de celles des autres inflammations de même pathogénie. Il n'est pas jusqu'aux cellules dites « mastzellen » qu'on puisse rencontrer comme dans les inflammations d'autres tissus.

S'il existe des différences par rapport à l'inflammation des autres organes, celles-ci ne peuvent tenir qu'à des différences de tissu, non à des différences de causes ou de nature.

Trop peu d'auteurs ont admis jusqu'ici la nature infectieuse banale de l'encéphalite paralytique, pour que je n'y insiste pas encore. Il n'est pas douteux que les encéphalites aiguës dont la nature infectieuse est admise, ne donnent lieu à des lésions très analogues, parfois identiques, à celle des paralytiques généraux. Ces analogies vont plus loin que l'hyperhémie et que la diapédèse. Les mêmes dégénérescences hyalines des vaisseaux qu'on trouve ici, Manasse les décrit dans les maladies générales fébriles; Klebs les note dans la chorée. M. Pierret écrit que, dans l'encéphalite grippale, les leucocytes pénètrent les espaces lymphatiques et viennent se mettre en contact avec les cellules nerveuses elles-mêmes. Les hémorrhagies miliaires formées de globules rouges et coïncidant avec la dégénérescence hyaline, que Bischoff constate dans le délire aigu et que tant d'autres décrivent dans les infections cérébrales, viennent encore compléter les analogies. L'un des arguments que j'ai souvent fait valoir en faveur de cette origine infectieuse est la possibilité de toutes les transitions entre le délire aigu et les formes les plus lentes de la paralysie générale.

D'autre part, c'est l'absence fréquente de microbes que l'on pourrait invoquer. Mais, qui parle d'infection microbienne incrimine les toxines de ces microbes et, dans beaucoup d'infections cérébrales, même dans des abcès, dont l'origine infectieuse ne fait de doute pour personne, les cultures peuvent demeurer stériles surtout quand il s'agit du pneumocoque, dont l'évolution est plus rapide et qui paraît être l'un des agents pathogènes de la paralysie générale. Pourquoi exigerait-on pour cette maladie que l'agent causal se montrât avec une persistance et des caractères qu'il ne comporte pas dans d'autres cas pathologiques ?

Enfin, comme dernier argument, j'ajouterai que, souvent, le paralytique général se montre nettement infecté quant à l'ensemble de son organisme, c'est-à-dire en dehors de son système nerveux et cela, pendant tout le cours de sa maladie, ce que peut démontrer soit l'examen bactériologique des urines, soit la toxicité du sang et les troubles de l'équilibre leucocytaire combiné à la présence de globules rouges à noyau.

Un second groupe de paralysies générales comprend celles ou l'encéphalite est venue se greffer, à titre d'infection secondaire, sur des lésions encéphaliques préalables. Telle est la paralysie générale des alcooliques.

L'encéphale de tous les alcooliques chroniques, qu'ils soient ou non paralytiques, présente des lésions spéciales : atrophie et dégénérescence granulo-graisseuse et pigmentaire des éléments nerveux et des artérioles à tunique lymphatique de l'écorce cérébrale. Les

cellules hépatiques, celles du rein et du myocarde sont souvent atteintes d'une façon analogue. Pour ce qui est de l'encéphale, ces lésions sont le fond commun sur lequel viennent se greffer les infections et les auto-intoxications aiguës ou subaiguës, qui entraînent les différents délires des alcooliques, delirium tremens, rêve prolongé à l'état de veille, etc. Telle est aussi la paralysie générale des arthritiques artérioscléreux. Encore ici l'encéphalite apparaît comme greffée à titre d'infection secondaire sur les lésions atrophiques et dégénératives des éléments nerveux et des capillaires de l'encéphale, qui sont fréquentes dans l'artériosclérose. On peut en ces cas rencontrer de l'athérome jusque sur les gros vaissseaux de l'encéphale et on en trouve toujors sur quelque point du système vasculaire envisagé dans son ensemble. Telle est la paralysie générale associée des tuberculeux. La méningite tuberculeuse chronique, avec cellules géantes et bacilles de Koch dans l'exsudat, ou bien seulement des dégénérescences des éléments nerveux sont ici les lésions préalables. Telle est la paralysie générale associée aux tumeurs de l'encéphale. L'inflammation est fréquente autour des tumeurs de l'encéphale et l'infection y a sans doute sa part; la fièvre, le délire, les attaques épileptiformes, le coma, en sont la conséquence. Mais, au lieu d'être localisé et aigu, le processus infectieux peut être diffus et chronique. Les néoplasmes syphilitiques ou autres sont, en ce cas, les lésions préalables, les points d'appel de l'infection secondaire. Telle est la paralysie générale associée des tabétiques. Jendrassick a démontré qu'on rencontrait souvent dans le tabes des dégénérescences des tubes nerveux de l'écorce cérébrale. Ces lésions sont tabétiques.

Aussi faut-il conclure que les alcooliques, les artérioscléreux, les tuberculeux, etc., présentent des lésions encéphaliques distinctes par leur origine et préalables et sur lesquelles vient se greffer l'encéphalite paralytique, sans se confondre avec elles.

Dans un troisième groupe, l'examen histologique ne révèle que des lésions dégénératives à l'exclusion de toute inflammation marquée par la diapédèse. Les maladies qui en sont les causes sont les mêmes que celles qu'on retrouve dans la paralysie générale associée, l'alcoolisme, l'arthritisme, la tuberculose, la syphilis. Si l'auto-infection y intervient aussi, du moins ne produit-elle pas les lésions inflammatoires indiquées dans le groupe précédent. S'il existe des érosions, celles-ci ne sont pas de même pathogénie, car l'inflammation oblitérante avec diapédèse fait ici défaut. Ces érosions sont le résultat de la désintégration corticale par dégénérescence, non par inflammation. Si les méninges sont épaissies, on n'y rencontre pas davantage l'inflammation diapédétique. Quelques-unes de ces formes ont été décrites sous le nom de *pseudo-paralysies générales*. Pour ma part, j'ai tantôt employé ce dernier terme pour accuser l'opposition des lésions avec celles des

formes inflammatoires, tantôt celui de *paralysies générales dégénératives*.

Dans ce même groupe. des encéphalites dégénératives diverses ont encore leur place. Telle est la paralysie générale dégénérative des tuberculeux dont j'ai rapporté les lésions à l'action des toxines d'une tuberculose pulmonaire ayant en ces cas une marche lente et parfois latente. Telle est la paralysie générale dégénérative des alcooliques. Ces deux dernières s'accompagnent parfois de lésions prédominantes à la périphérie, d'où les termes de *pseudo-paralysies générales névritiques* qui leur sont applicables en pareil cas. Telle est la pseudo-paralysie générale par lésions syphilitiques multiples, admise par un certain nombre d'auteurs.

Par les analogies anatomiques et pathogéniques — et c'est là une conclusion générale — entre les trois groupes qui viennent d'être tracés, *il n'y a pas de séparation absolue*. Déjà, dans le deuxième groupe, nous voyons prédominer les dégénérescences diffuses qui ont précédé les lésions inflammatoires, tandis que ces dernières s'accusent de moins en moins dans la longue série des cas, par rapport à ce qu'elles sont dans les formes les plus franchement inflammatoires, des encéphalites paralytiques. De telle sorte que le troisième groupe se trouve insensiblement relié au second et par ce dernier fait et parce qu'ici encore nous retrouvons les toxines de l'infection ou celles des auto-intoxications comme causes des lésions.

Ces analogies et ses transitions insensibles, jointes à l'identité des symptômes et de l'évolution, sont une raison pour affirmer l'existence d'un syndrome paralytique, qui n'a pu être constitué que par la distinction préalable des groupes *et qui par conséquent implique cette distinction*.

II. *Les lésions dans leurs conséquences.* — L'histologie arrive souvent à constater dans l'encéphale des lésions qui sont à la fois *irritatives* et *destructives* et qui peuvent servir à l'interprétation des symptômes notés pur la clinique. L'*irritation*, ou l'inflammation, se traduit par l'hyperhémie active, la tuméfaction des cellules nerveuses, les figures de karyokinèse, le contact des éléments nerveux avec des exsudations ou des cellules embryonnaires, les proliférations endothéliales et névrogliques, la diapédèse.

Les *lésions destructives*, qui sont l'aboutissant des précédentes, sont marquées par l'atrophie du neurone en toutes ses parties, le corps de la cellule, les prolongements neuraux et surtout les dendrites. *De ces lésions, les premières pervertissent le mode de l'activité; les secondes restreignent les connexions fonctionnelles entre les différents éléments de l'écorce et de l'axe cérébro-spinal.*

Les premières sont à l'origine du délire; les secondes ont pour conséquence la démence. Les lésions irritatives, résultat de la toxi-

infection, entraînent l'hyper-excitabilité de faiblesse à laquelle il faut rapporter l'état de suggestibilité et particulièrement celui qui chez le paralytique, est dominé par la cinesthésie (hypocondrie, mégalomanie). Tandis que dans les intoxications plus aiguës, cette même suggestibilité trouve ses facteurs dans la sphère des nerfs sensoriaux (délire de rêve).

Les autres symptômes ne sont pas moins justiciables de la double lésion, irritative et destructive, dont le délire et la démence sont les résultats respectifs. Une même toxi-infection, en ce qu'elle excite en détruisant, est par elle seule capable de produire les deux lésions, irritative et destructive, et par là les deux groupes de symptômes qui y correspondent respectivement. Mais il faut reconnaitre, notamment pour le second groupe, et les travaux de M. Régis sont d'accord sur ce point avec les miens, que le paralytique trouve dans son organisme des occasions multiples de subir les influences nocives d'une auto-infection ou d'une auto-intoxication surajoutées.

III. *Les lésions dans leur évolution.* — L'une des questions qui a le plus préoccupé les auteurs est de savoir par quel tissu — névroglie, vaisseaux ou éléments nerveux — débute le processus morbide. On voit de suite que l'importance de cette localisation primitive est de pouvoir fixer plus exactement la nature de la maladie.

Sans prétendre marquer le point de départ très précis des lésions ce qui semble fort difficile, je crois pour ma part *qu'il est impossible*, en raison des acquisitions les plus certaines de l'histologie, *de continuer à définir la paralysie générale : une sclérose diffuse, une encéphalite scléreuse ou névroglique, ou à l'aide de toute terminologie équivalente*. D'une part, en effet, la lésion des vaisseaux est la *diapédèse* et non la *sclérose*. Ces deux termes définissent aujourd'hui des processus qu'on ne peut plus confondre. Quelques histologistes admettent, il est vrai, que le leucocyte peut subir une transformation en fibre conjonctive fusiforme et aboutir ainsi à un tissu fibreux. Je n'y contredis pas. Mais, comment définir une maladie d'après une lésion qui en serait l'aboutissant à la fois ultime et si rare, qu'après que la paralysie générale a traversé toutes ses phases cliniques, l'histologie n'arrive pas à le reconnaitre?

D'autre part, la maladie ne serait pas mieux définie par les termes de sclérose névroglique, qu'on a substitués à ceux de sclérose conjonctive. Cette définition, si l'on s'en rapporte à la pensée des histologistes qui l'ont admise, implique que, tout d'abord, la névroglie prolifère et que son développement croissant en vient à étouffer les éléments nerveux et à envahir les vaisseaux. S'il en était ainsi, la définition serait des plus exactes. Mais, les autopsies les plus précoces démontrent, avec toute l'évidence possible, que

les vaisseaux et les éléments nerveux sont souvent altérés, alors que la névroglie, à peine augmentée, ne saurait en aucune façon rendre compte de leurs lésions. Et puis, si c'était la névroglie qui venait à s'accroître isolément, la maladie n'apparaîtrait-elle pas comme une néoplasie (glycose diffuse) plutôt que comme une inflammation banale ? Ne devrait-on pas admettre alors une anomalie évolutive de la névroglie, à peine favorisée par les causes les plus banales, plutôt qu'une inflammation telle qu'en produit toute infection, toute intoxication ? Mais, je le répète, c'est surtout, d'après l'opinion actuelle, sur les vaisseaux et les éléments nerveux eux-mêmes que se fixe le processus dès le début.

On pourrait encore se demander si le stade initial varie suivant les cas et en particulier si les formes inflammatoires ne sont pas tout d'abord des *vascularites* et les formes dégénératives des *dégénérescences nerveuses primitives*. Mais, dans ces dernières formes, j'ai toujours trouvé des dégénérescences des vaisseaux analogues à celles des éléments nerveux et, par conséquent, il est aussi difficile de conclure ici que là.

On sait que la cellule nerveuse est un organe complexe, comprenant des fibrilles différenciées intra et péri-protoplasmiques et un protoplasme de nutrition. Si l'on admet que cette cellule est tout d'abord lésée, un nouveau problème se pose aussitôt et dont l'importance ne saurait échapper. La maladie est-elle une lésion primitive des réseaux fibrillaires décrits par Bethe, Apathy, Held, Danaggio, qui, en s'altérant, entraînent des réactions pathologiques de la part du protoplasme de nutrition, des canalicules de Holmgren, du réseau endocellulaire de Golgi, des formations spirémateuses de Nelis ; ou bien inversement ? Il y a longtemps que cette même question a été posée relativement aux fibrilles striées et au sarcoplasme dans les atrophies et les dégénérescences de la fibre musculaire. Il ne semble pas que l'histologie puisse, à l'heure actuelle, répondre à tant de si délicates questions.

En démontrant la multiplicité des races de leucocytes, M. Ranvier et surtout Ehrlich et ses élèves ont mis à l'ordre du jour l'étude des variétés correspondantes de la diapédèse. On sait que, dans la paralysie, on rencontre, dans les artérioles encéphaliques, des cellules d'aspect multiple, dont les plus abondantes sont les mononucléaires (lymphocytes surtout) et les polynucléaires, et que la proportion en est variable. On peut admettre théoriquement que dans les formes et dans les phases où l'infection est la plus aiguë, il existe un bon nombre de polynucléaires, que dans les formes et dans les phases les plus lentes, ce sont les lymphocytes qui abondent, ce qui est la règle habituelle d'après mes recherches.

L'examen du sang des paralytiques, que j'ai pratiqué avec M. Lefas aux différentes périodes de la maladie, semble confirmer ces vues théoriques. Au début, l'équilibre leucocytaire du sang est

troublé par une plus grande proportion de polynucléaires neutrophiles; à la fin de la maladie, par une prédominance de lymphocytes, au moment où, établie définitivement, l'encéphalite suscite des réactions organiques moins vives, en dehors, bien entendu, des accès aigus qui la peuvent traverser. Il n'est pas fréquent de voir s'y joindre des mastzellen, qui apparaissent toujours assez rares en ces cas. D'après Ehrlich, les mastzellen sont chargées de réserves alimentaires d'où, dans les inflammations, elles représenteraient un processus ébauché de réparation. Par là on s'expliquerait assez bien leur rareté dans la paralysie générale. Enfin, les plasmazellen semblent n'être que des formes dérivées des leucocytes.

La diapédèse des globules rouges subit de grandes variations au cours des infections et la proportion en est aussi très variable dans l'encéphalite paralytique, dont elle marque aussi bien le début que la période terminale. C'est encore en raison de la virulence en ses degrés, mais aussi des affinités régionales, qu'il faut chercher a rapprocher les lésions des variétés dans la marche et dans les symptômes que présentent les différents malades, en particulier dans les cas qui ont été qualifiés d'atypiques par Stoick. Comme l'a écrit M. Coulon, dans son récent travail : « on peut déjà concevoir, par la localisation de l'agent infectieux sur telle ou telle portion de territoire, les formes cliniques que peut revêtir la paralysie générale. »

En ce qui concerne la virulence, on rencontre toutes les transitions entre certains délires aigus et les formes les plus chroniques de paralysies générales. J'ai déjà trop insisté sur ces faits montrant comment la paralysie générale associée des alcooliques était une même infection secondaire, mais atténuée par rapport à leurs délires aigus ou subaigus, pour y revenir encore.

En ce qui concerne les affinités régionales, on sait que, si la paralysie générale est une maladie caractérisée surtout et avant tout par la diffusion de ses lésions, ses modes de début sont parfois assez divers. Ainsi, les délires, les troubles moteurs corticaux et bulbaires, les localisations spinales semblant en quelques cas évoluer d'abord isolément, impliquent que le processus morbide peut sévir plus spécialement sur certains territoires de l'axe cérébro-spinal.

Ainsi, la *diffusion des lésions* commune à tous les cas, *le degré de la virulence, les affinités régionales,* relevant soit des toxines, soit des individus, *la plus grande vulnérabilité des éléments les plus hautement differenciés* peuvent nous rendre compte des lésions et des symotômes envisagés dans leur début et dans leur évolution ultérieure.

M. Anglade (de Toulouse). — Les lésions de la paralysie générale ne me semblent pas pouvoir être ramenées à une formule

aussi simple que paraît le croire M. Klippel. Il est incontestable, en effet, que si le microscope nous montre, chez les paralytiques généraux du premier groupe de M. Klippel, de l'hyperhémie, de la diapédèse et de la chromatolyse, il nous fait voir quelque chose de plus — et cela de très bonne heure —, à savoir la réaction névroglique. Les cellules endothéliales et les cellules névrogliques adjacentes prolifèrent activement, en même temps, et peut-être même avant, que la diapédèse s'opère. Diapédèse et réaction névroglique par division directe des noyaux sont deux faits contemporains. Par contre-coup — ou directement — la cellule nerveuse s'altère, se désorganise.

Mais le parenchyme cérébral est-il bien le premier atteint, comme le croit M. Klippel ? Tel n'est pas mon avis. La lésion des méninges précède celle de la substance nerveuse. La pachyméningite, l'arachnoïdo-pie-mérite sont la règle. La lymphocytose du liquide céphalorachidien, que différents auteurs ont signalée, prouve bien la précocité des altérations méningées. D'autre part, le microscope démontre que l'épaississement de la pie-mère est dû à la prolifération conjonctive, que les adhérences contractées avec l'écorce sont réalisées par des brides névrogliques de néoformation. La couche névroglique qui recouvre la zone moléculaire entre en activité nucléaire. Les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses reçoivent des excitations anormales qui expliquent les symptômes de la paralysie générale : suractivité désordonnée, convulsions, etc.

Au surplus, la clinique ne s'oppose pas à ce que la paralysie générale soit considérée comme une méningo-encéphalite. Et dans la moelle, ce qui est aussi la règle, c'est la méningo-myélite. Cela est incontestable et, je crois même, incontesté : la lepto-myélite est bien l'origine de la plus grande partie de ces scléroses, cordonales plus que fasciculaires, qui ne peuvent, toutes, être imputées à des dégénérations systématisées descendantes. Il reste donc à discuter la nature de cette méningo-encéphalite ou myélite de la paralysie générale.

Sans doute, elle n'a aucun caractère de spécificité absolue ; et sur ce point, je suis complètement d'accord avec M. Klippel. L'endartérite oblitérante de la syphilis ne s'observe pas chez les paralytiques généraux. Je n'en dirai pas autant de la phlébite avec infiltration nucléaire des parois veineuses : elle est la règle dans la moelle des paralytiques. Toutefois, je suis plus exigeant à ce sujet que les auteurs classiques et je ne veux pas considérer cette lésion comme absolument spécifique ; mais, dans ces conditions, il faut se garder d'exclure de l'étiologie des lésions de la paralysie générale des infections dont nous connaissons encore imparfaitement tous les processus. Qui peut se flatter de distinguer, à l'heure présente, les diverses modalités des méningites syphilitiques ou

tuberculeuses dont tout le monde admet la fréquence ? Récemment encore, M. Armand-Delille a réalisé expérimentalement des méningites tuberculeuses sans bacilles. Il doit y avoir aussi des méningites syphilitiques d'aspect très variable.

A mon avis, la syphilis et la tuberculose, la seconde au moins autant que la première, dominent cliniquement l'étiologie de la paralysie générale. Il est, en effet, très fréquent de constater chez les paralytiques généraux des lésions tuberculeuses ou syphilitiques. Le microscope nous démontrera peut-être bientôt qu'elles sont aussi des effets de poisons tuberculeux ou syphilitiques.

M. Pierret (de Lyon). — La divergence d'opinions qui sépare M. Anglade et M. Klippel est plus apparente que réelle. S'il est vrai qu'il n'y a guère de paralysie générale sans méningite, comme le soutient M. Anglade, il est non moins certain que cette méningite ne saurait exister sans encéphalite concomitante. La simultanéité de cette double lésion est pour ainsi dire fatale, étant donnés les rapports des espaces lymphatiques avec ceux d'Obersteiner et l'origine toxi-infectieuse de la paralysie générale. Quant à cette encéphalite, il est incontestable qu'elle intéresse la névroglie, mais ce serait une erreur de croire qu'elle peut exister cliniquement en respectant les éléments nobles. Ceux-ci, au contraire, sont très vraisemblablement atteints les premiers, car il est impossible de concevoir un trouble sensitif, moteur ou psychique, survenant en dehors de toute altération dynamique ou somatique des neurones.

Par conséquent, sans nier la participation de la névroglie au processus anatomo-pathologique de la paralysie générale, je crois que les altérations de cette substance sont secondaires et accessoires, et que le premier rôle revient aux lésions des fibres et des cellules nerveuses, engendrées par des substances toxiques dont la nature peut d'ailleurs varier.

M. Toulouse (de Villejuif). — Contrairement à l'opinion que vient d'exprimer M. Anglade, je crois que la tuberculose est excessivement rare chez les paralytiques généraux ; par contre, j'estime que les lésions athéromateuses des vaisseaux encéphaliques sont presque constantes — à des degrés très variables, il est vrai — chez ces malades ; aussi ne me parait-il pas légitime de se baser, comme l'a fait M. Klippel, sur l'existence ou l'absence de l'athéromasie pour créer, sous le nom de paralysies générales associées, un groupe spécial de paralysies générales, si ce n'est peut-être dans les cas où ces lésions athéromasiques sont prépondérantes et occupent la première place par rapport aux autres altérations encéphaliques.

Cette réserve faite, je crois que la classification de M. Klippel,

qui est fondée sur l'anatomie pathologique, répond à tous les besoins de la clinique.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — J'ai examiné, avec M. Vigouroux, les centres nerveux de 42 paralytiques généraux. Les résultats de ces examens histologiques nous ont conduits à adopter dans ses grandes lignes la division des paralysies générales proposée par M. Klippel. Nous distinguons, comme lui, trois grands groupes de paralysies générales, entre lesquels il existe, d'ailleurs, de nombreuses formes intermédiaires.

Un premier groupe est constitué par des paralysies générales inflammatoires, caractérisées par l'infiltration des méninges et de l'écorce, par la périvascularite, la prolifération névroglique, l'atrophie des fibres tangentielles et les altérations de degré divers des cellules nerveuses. Ici on ne trouve jamais de dégénérescence des parois artérielles, ni de pigment ocré, ni de corpuscules hyalins.

Dans un deuxième groupe, nous avons réuni les cas où les lésions inflammatoires, parfois moins intenses, sont associées à des altérations dégénératives des artères. Les deux lésions capitales sont la dégénérescence hyaline des artères et l'infiltration pigmentaire. Suivant que l'une ou l'autre prédomine ou existe seule, il paraît possible d'établir deux sous-groupes, l'un correspondant à l'association de l'alcoolisme, et l'autre à l'association de l'artériosclérose.

Dans un dernier groupe, nous proposons de ranger les cas qui paraissent se rapporter au type décrit par M. Klippel sous le nom de paralysie dégénérative; nous y avons constaté d'une façon constante des corpuscules hyalins.

J'ai constaté, d'autre part, au niveau du plexus solaire d'un certain nombre de paralytiques généraux, des altérations très variées, parmi lesquelles je me borne à signaler la présence de petites cellules rondes et de nodules infectieux témoignant d'une réaction interstitielle aiguë ou subaiguë des ganglions.

Ce qui paraît ressortir de ces observations, c'est que l'atrophie de l'élément noble est secondaire à la sclérose qui succède à l'inflammation du tissu conjonctivo-vasculaire, et que l'atrophie des fibres nerveuses à myéline est due, quand on l'observe, à un processus tabétique surajouté.

M. Jeanty (de Lyon). — Nous avons fait, M. Taty et moi, l'étude histologique du cervelet de 8 paralytiques généraux. Les lésions que nous avons constatées portaient sur tous les éléments du *cortex*, mais elles étaient prépondérantes, ou tout au moins plus apparentes, dans la couche des cellules de Purkinje, qui étaient modifiées qualitativement et quantitativement : nous avons trouvé tous les degrés d'altération depuis la simple chromatolyse jusqu'à

la disparition quasi totale de l'élément. Dans cette couche ainsi altérée apparaissent des noyaux plus ou moins nombreux (éléments normaux du *cortex* altérés et leucocytes). Dans un cas nous avons noté la présence, dans les méninges, du colibacille, vraisemblablement par suite d'une infection secondaire (eschare).

M. R. Verhoogen (de Bruxelles). — Dans 8 cas de tabes avancé — affection que M. Klippel assimile à la paralysie générale au point de vue de la formule hématologique —, je n'ai rencontré ni polikylocytes, ni hématoblastes ; dans 2 de ces cas il y avait une mononucléose accentuée (50,5 et 50,7 p. 100), dans un de l'éosinophilie (6 p. 100). Chez tous les autres malades, la formule était normale. Le chiffre total des leucocytes n'a jamais dépassé 11 700.

Ces diverses modifications se rencontrent dans de nombreux états physiologiques et pathologiques ; elles ne paraissent pas caractéristiques de l'état infectieux. Il n'existe donc pas, en réalité, de formule hématologique pour le tabes, ni probablement non plus pour la paralysie générale.

Séance du 3 aout (soir).

Traitement médico-pédagogique de l'idiotie.

M. Bourneville. — Nous n'avions pas l'intention, au moins à ce Congrès, de revenir sur le traitement, l'hygiène et l'éducation des idiots, depuis l'idiot complet, être végétatif, jusqu'au simple arriéré qui confine à l'enfant normal moyen. Mais plusieurs raisons nous ont décidé à le faire : l'une, d'ordre local, les autres, d'ordre général.

Quelle est la raison locale ? C'est que, depuis cinq ans, il s'est créé en Belgique un mouvement sérieux en faveur des enfants idiots.

L'honneur en revient principalement à nos collègues, MM. les Drs Daniel, Demoor, Decroly, Ley et Sano, à un instituteur, M. Lacroix, aidés pour ce qui concerne Bruxelles, par M. l'Echevin Lepage. C'est à eux qu'on doit l'organisation des *classes spéciales* pour la catégorie d'enfants anormaux qui nous occupe. La première a été fondée à Bruxelles en 1897, — la seconde à Anvers, le 2 octobre 1899. Depuis une quinzaine d'années, nous avons réclamé la création, à Paris et en France, de *Classes spéciales* ou d'*Ecoles spéciales* suivant l'importance de la population. Nos efforts prolongés, persistants, sont demeurés infructueux, ce que nos collègues belges qui sont venus visiter autrefois notre service, quelques-uns à plusieurs reprises, ont fait remarquer non sans une pointe d'ironie.

Au point de vue de la situation des enfants idiots dans les asiles belges, qui renferment un certain nombre d'enfants idiots, M. le Dr Ley [1] résume ainsi la situation :

« L'éducation y est, en général, fort négligée. Même où elle semble un peu comprise, elle manque encore des bases scientifiques, indispensables pour qu'elle ressorte tous les bons effets qu'on doit en attendre. Le personnel est, en général, trop peu nombreux et pas préparé aux méthodes d'éducation spéciale qu'il doit appliquer. Il y a aussi, de la part de ceux qui devraient diriger l'enseignement dans ces asiles, une résistance formidable à l'introduction des méthodes modernes d'éducation (p. 10). »

Les raisons d'ordre général sont multiples. Beaucoup de médecins, peu au courant des maladies chroniques du système nerveux des enfants, dont ils n'ont vu que quelques spécimens au cours de leurs études, ignorent qu'il est possible d'instituer un traitement vraiment efficace. Ils ajournent toute intervention, attendant un changement de la nature et des progrès de l'âge. Ils rendent ainsi leurs malades moins aptes à être soignés, car à l'état mental dû aux lésions cérébrales, viennent s'ajouter les mauvaises habitudes dues à la faiblesse des parents et plus tard, les impulsions que détermine la puberté. Des médecins, même des plus réputés, mais inexpérimentés en ce qui concerne les enfants, conseillent l'ajournement, le traitement médico-pédagogique, l'isolement, l'absence de tout contact avec d'autres enfants.

Ceci dit, arrivons à nos malades. Pour chacun d'eux, nous nous bornerons à un court résumé. Nous vous ferons voir au fur et a mesure les *photographies* prises de deux en deux ans et les *cahiers scolaires*, ouverts dès que l'enfant est capable de tracer des lignes. Les unes et les autres vous montreront les résultats progressivement obtenus. (Photographies collectives).

Idiotie profonde. — Poirs.. (Marcel). « *Hémiplégie droite* », né dans la Meuse le 10 mai 1888. Entré le 27 juin 1893, parlant à peine, gâtant nuit et jour, ne sachant pas s'habiller, n'ayant aucune notion classique.

1894. L'enfant commence à s'habiller seul, mais ne sait pas encore lacer, boutonner et nouer.

1895. Amélioration pour la parole ; il assemble quelques mots, distingue les couleurs, place les lettres et les chiffres.

1896. Cet enfant est parvenu à lacer, boutonner.

Paralysé du côté droit, il éprouve une grande difficulté pour l'écriture, se sert de la main gauche et trace péniblement quelques bâtons. Il compte jusqu'à 60, place les bâtonnets dans les cases,

[1] Ley. — *Le traitement des enfants idiots et arriérés en Belgique.* Gand, 1900.

montre les différentes parties de son corps et de ses vêtements, sait faire la différence de la longueur, la largeur et l'épaisseur, connaît ses cinq sens, les étoffes, leur provenance, leur usage. Il ne gâte plus ni jour ni nuit.

1897. Poirs.. parvient à lire couramment et à copier ce qu'il a lu.

1898. L'écriture s'est beaucoup améliorée, les progrès pour tous les exercices scolaires sont très lents, mais sans arrêt. La mémoire est lente, mais durable : ce qu'il a appris, il ne l'oublie pas.

1899. Notre élève apporte beaucoup de bonne volonté, mais l'intelligence est réfractaire au calcul et à l'orthographe. — 1900-1901. Les progrès continuent.

1902. Amélioration notable pour l'orthographe et le calcul, pour lesquels il n'avait aucune aptitude.

1903. Actuellement, notre élève fait des dictées, des verbes, des analyses, un peu de rédaction, quelques problèmes faciles; il a quelques notions d'histoire, de géographie, de système métrique, de dessin. Il est apprenti tailleur.

Il a acquis un certain vernis de politesse, aime à travailler à rendre service, et a surtout deux qualités que nous rencontrons assez rarement chez nos enfants : l'ordre et la propreté, qui se manifestent dans sa tenue et celle de ses livres et cahiers. C'est une bonne nature, chez laquelle nous ne voyons poindre aucun mauvais instinct.

Idiotie profonde. — Mill.. (Émile), né à Paris, le 21 octobre 1891, entré le 10 avril 1895. Cet enfant parle à peine, gâte nuit et jour; pâle, d'apparence maladive, il dort presque toute la journée et ne se réveille en pleurant que pour se plaindre de la tête et du ventre.

1896. Dans le cours de l'année, sa santé s'améliore, l'appétit est plus régulier et le sommeil moins fréquent; le moral se ressent de cette amélioration, l'esprit plus éveillé, plus gai.

1897. Mill.. apprend à s'habiller seul, à lacer, boutonner et nouer se lave seul la figure et les mains. Il connaît les principales parties de son corps et de ses vêtements.

1898. Il devient propre dans le jour; mais urine fréquemment la nuit dans son lit. Il distingue les couleurs, les lettres et les chiffres qu'il place dans les tableaux correspondants.

1899. Progrès scolaires sensibles; commence à syllaber et à former toutes les lettres et les chiffres, à établir une relation entre le chiffre et la quantité.

1901. Mill.. rend quelques services ménagers, il travaille avec goût en classe, fait l'addition simple, lit et copie un certain nombre de mots imprimés. La parole a beaucoup gagné, il tient conversation, observe et fait des réflexions.

1902. Notre élève passe à la lecture courante, son écriture est lisible. Il fait l'addition et la soustraction avec retenues, écoute les leçons orales et en profite.

1903. Notre malade, devenu tout à fait propre, continue à progresser, il fait des petites dictées, distingue le genre et le nombre, fait l'application de l'addition et de la soustraction, sait faire la multiplication et ébauche même la division. Il calcule mentalement assez rapidement. Caractère gai, un peu indiscipliné.

Idiotie profonde; épilepsie nocturne; strabisme. — Cott.. (H.), né à Bondy, le 18 mars 1890, entré le 24 avril 1897, gâteux, marchant avec difficulté, bredouillant d'une façon inintelligible, restant presque toute la journée plongé dans une sorte de demi-sommeil, indifférent à tout ce qui l'entourait, paroles, jeux. Nous ne parvenions pas à secouer sa torpeur; une sorte de bave sanguinolente s'échappait presque continuellement des commissures des lèvres. Les mucosités du nez coulaient sans qu'il songeât à les essuyer. Peu à peu, avec une extrême lenteur, nous avons vu l'engourdissement qui enveloppait notre malade se dissiper.

1899. Il ne gâte plus le jour, mais urine souvent au lit. Il s'habille seul, mais ne sait pas encore nouer.

1900. Il place les lettres, les chiffres et les couleurs, commence à tracer quelques lignes et quelques chiffres.

1901. L'attention s'éveille, il écoute avec beaucoup d'intérêt les leçons orales, aime à rendre service dans le ménage.

1902. Cott.. lit un grand nombre de nos mots imprimés qu'il copie sur son cahier d'une façon lisible : il établit une relation entre le chiffre et la quantité, sait faire l'addition simple.

1903. Notre élève est en bonne voie pour lire couramment, l'écriture est bonne, il fait l'addition et la soustraction; écoute avec intérêt les leçons de choses et répond bien aux questions qu'on lui pose. Il tient conversation; la parole a encore quelques légères défectuosités.

Idiotie complète. — Charm... (Victor), né à Paris le 4 janvier 1890, est entré le 27 juin 1892. Parole et marche nulles; gâte nuit et jour. Cet enfant semble n'être doué que de la vie végétative. Physionomie tout à fait déprimée, bouche ouverte, yeux mornes; mains idiotes, courtes, larges, épaisses avec fossettes à l'articulation du métacarpe et de la première phalange de chaque doigt; ongles plats, en spatule. L'annulaire et l'auriculaire de la main droite se tiennent toujours recourbés vers la paume de la main avec impossibilité de se redresser complètement.

1894. Il commence à marcher seul et à balbutier quelques mots.

1895. L'attention s'éveille, il essaie de prendre part aux jeux de ses camarades. Il gâte nuit et jour et ne parvient pas à manger seul.

1896. Il reconnaît quelques couleurs, quelques chiffres, mais n'arrive pas à les placer sur le tableau correspondant.

1897. Il mange seul; mais ne peut encore ni s'habiller, ni lacer, ni nouer à cause de la maladresse de ses mains que nous sommes obligés d'envelopper de pansements à cause d'engelures ulcérées.

1898. La parole s'améliore, il s'intéresse à la lecture de nos mots imprimés, connaît toutes les lettres et les chiffres; établit une relation entre le chiffre et la quantité; il trace des bâtons sur l'ardoise.

1899. Il ne gâte plus le jour; les mains sont moins maladroites; arrive à lacer, boutonner, nouer et commence à s'habiller. Il syllabe et parvient à tracer quelques lignes et quelques chiffres au crayon.

1900. Amélioration très sensible pour la lecture et surtout l'écriture. Grâce au traitement persévérant des douches en pluie sur les mains malades, elles ne sont plus ulcérées et notre malade a pu enfin se servir de la plume.

1901. Il a la manie de collectionner les papiers. Le progrès scolaires continuent.

1902. Nous arrivons au résultat inespéré de la lecture courante.

1903. Il lit et comprend ce qu'il écrit; reproduit de mémoire sur son cahier un certain nombre de mots connus de lui, tels que les jours de la semaine, les mois de l'année; sait distinguer le masculin du féminin, le singulier du pluriel; fait l'addition avec retenues et la soustraction simple. Il écoute les leçons orales et répond aux questions qui lui sont posées. La parole est presque normale, il construit des phrases, il emploie les verbes et les pronoms; mais supprime encore souvent la syllabe finale muette des mots. La manie de collectionner les chiffons et les papiers existe encore.

Idiotie complète. — Wei.. (Suzanne), neuf ans et demi. Cette enfant, entrée à la Fondation en mai 1897, à l'âge de quatre ans, était atteinte d'idiotie complète, compliquée de rachitisme. Elle était gâteuse nuit et jour, ne marchait pas, ne disait que quelques mots : papa, maman, oui, non, en répondant aux questions qui lui étaient adressées. Elle ne pouvait ni s'habiller, ni se déshabiller; ne savait ni lacer, ni boutonner; elle était tout à fait incapable de se donner le moindre soin. Elle craignait l'eau, on avait toute la peine du monde à lui faire prendre un bain.

Le caractère de l'enfant était détestable et grognon, toujours de mauvaise humeur, indifférente à tout. Rien ne faisait présager de grands progrès, lorsqu'une vraie métamorphose s'est opérée en elle. Un développement autant physique qu'intellectuel s'est produit en peu de temps. La marche et la parole ont été très rapides; le gâtisme a complètement disparu; l'enfant se donne elle-même tous les soins de toilette nécessaires, se suffit à elle-même, et aujourd'hui elle aide même les petites qui ne savent pas s'habiller.

Le caractère est totalement changé, elle est joueuse, gaie, court de tous côtés comme un petit furet; en un mot, elle déploie une réelle activité en tout et pour tout.

Pour la classe, l'enfant n'est pas très avancée ; ceci provient de ce qu'elle a séjourné, plus de deux ans, au pavillon de l'isolement (teigne). Aujourd'hui elle est en très bonne voie d'amélioration. Elle aime l'école. quoique un peu turbulente, on constate de réels progrès ; elle assemble bien les lettres. Elle écrit, son écriture est lisible et assez bien formée, elle fait des copies, connaît et sait faire les chiffres. Ses progrès n'ont pas été moins rapides pour la couture, le repassage et la gymnastique. Elle travaille à la confection des robes, tabliers, pantalons ; repasse : mouchoirs, tabliers et suit avec facilité tous les exercices de la grande gymnastique. — Amélioration très notable.

Imbécillité à un degré très prononcé. — Rouss... (Elisabeth), dix-huit ans. On peut citer cette enfant comme notablement améliorée et prise à un degré très bas. Entrée en 1898, à l'âge de treize ans, elle ne savait absolument rien, ne connaissait même pas ses lettres, ne savait même pas tracer des bâtons sur une ardoise, ne savait même pas compter jusqu'à 10 ; elle connaissait la suite des nombres qu'elle intercalait dans les dizaines, mais il fallait la mettre sur la voie, en un mot l'enfant n'avait aucune instruction.

Comme caractère elle laissait beaucoup à désirer : elle était méchante avec ses compagnes, taquine, répondeuse et grossière vis-à-vis du personnel. Elle ne s'occupait en rien, n'était stable nulle part, ne se livrait à aucun soin du ménage. Vu son âge déjà avancé et ses mauvais penchants, elle ne laissait espérer que des résultats fort médiocres.

Un grand changement s'est opéré chez cette enfant, de même qu'un réel développement intellectuel. Au contact de ses compagnes et aussi par esprit d'émulation, l'enfant a pris goût au travail. Peu à peu, elle s'est intéressée à la lecture et aujourd'hui, elle lit couramment, écrit très lisiblement, fait quelques devoirs de grammaire, peut même suivre une petite dictée, écrit elle-même une lettre et connaît les deux premières opérations de l'arithmétique.

Comme caractère, elle s'est aussi notablement améliorée. Elle raisonne assez bien, tient compte des observations qui lui sont faites, comprend que c'est dans son intérêt personnel. Elle s'est beaucoup adonnée aux soins du ménage ; elle est assez minutieuse dans son travail, elle est stable et assidue. Elle fait très bien la gymnastique ; elle y a toujours mis de la bonne volonté, parce qu'elle savait très bien que cet exercice était nécessaire à son état (rachitisme). Vu les progrès réalisés, on a pu la placer comme petite bonne.

... me lico-pédagogique donne
qu'il soit appliqué le plus tôt
auparavant, et que, plus on

Paris). — Je féliciterai tout
sa patience et de ses heureux
cerveau humain, si réfractaire
est très modifiable, mais qu'il
persévérance voulus. Ensuite,
Bourneville deux questions :
quand je dis « en commun », j'en-
entre eux — a-t-elle provoqué une
meilleurs résultats que l'éducation
les émotions de la grossesse ont-
nie ? On sait, en effet, que M. Da-
sités en secouant des œufs d'oiseaux
chez beaucoup de neurasthéniques
ai trouvé souvent, en dehors de
émotions de la mère préparant déjà le
apparaît-il que les enfants arriérés doi-
semblables dans leur pathogénie.

ducation en commun des enfants arriérés,
le Dr Foveau de Courmelles, est la meil-
résulte réellement une véritable émulation
. Les moins favorisés du groupe essaient d'i-
les. Souvent les plus favorisés cherchent à
leçons de choses. Il y a aussi avantage à pla-
malade entre deux enfants moins malades. Avec
nelle, isolée, il n'y a ni émulation, ni imitation.
des enfants normaux est en général défectueuse,
les arriérés étant de leur part l'objet de moque-
ries, de sévices qui ne font que les irriter et les pous-
de violence.

question, les émotions durant la grossesse ont-elles
je répondrai par l'affirmative, à la condition toutefois
d'émotions vives, avec troubles physiques et intellec-
x : lypothymies, syncopes, tremblement, cauchemars,
la femme enceinte se représentant pendant plusieurs
quefois jusqu'à la fin de sa grossesse, la scène qui l'a
née. Nul doute, à notre avis, qu'en pareil cas, il n'y ait re-
ment sur le fœtus, et ce retentissement est d'autant plus
nce que la grossesse est moins avancée. Nous avons rapporté
nombreux exemples de cette cause dans les Comptes rendus
uels de notre service.

nastique avec beaucoup de facilité. Elle a, en un mot, réalisé de réels progrès.

Idiotie. — Baudier (Louis), quinze ans. A l'entrée (1892) était gâteux. La parole était nulle, aucun son ne s'échappait de sa bouche. Il fallait, pour le faire marcher, le tenir par la main et le forcer à avancer, sans quoi il restait à la même place des journées entières, indifférent à tout ce qui se passait autour de lui. Il avait la physionomie triste, ne souriait jamais.

Actuellement (1903), il est complètement propre, s'habille, se déshabille, se nettoie et mange seul.

La parole s'améliore de jour en jour, mais on n'est pas encore parvenu à supprimer les vices de prononciation. Il commence cependant à interroger et à former des petites phrases. La compréhension est meilleure. B... devient prévenant envers tout le monde. Voit-il quelque chose d'anormal, vite, il vient prévenir; quand il questionne sur quelque chose qui lui semble drôle, il rit aux éclats.

En classe, il place bien les lettres et les chiffres, reconnait quelques lettres : exemple : a, e, i, o, u ; pour l'écriture, il est parvenu à former quelques lettres. A la gymnastique des échelles et des ressorts, il exécute passablement les mouvements.

La tendance de quelques-uns à se borner à hospitaliser simplement les idiots complets, les idiots profonds. est une faute grave, une erreur scientifique. Les documents que je viens de mettre sous vos yeux en fournissent la démonstration. La tâche, certes, exige une grande patience, une longue persévérance. Parfois même les personnes les plus expertes ont tendance à se décourager. Mais, en leur citant des exemples, elles reprennent courage et, à un moment donné, ont la récompense de leur persévérance et de leur dévouement.

Au point de vue clinique, le diagnostic *idiotie* peut être remplacé les progrès venant, par celui d'*imbécillité*, enfin, d'*arriération mentale*. Alors, là où il y a des *classes spéciales*, l'enfant pourrait sortir de l'asile où il était placé et suivre ces classes, avec ou sans secours, selon la situation sociale des parents. Il va de soi que, dans ces classes, on doit appliquer le traitement médico-pédagogique dont la partie ressort à ces *malades*, varier les occupations, alterner les *exercices physiques* (gymnastiques diverses, danse, courses, marches, rondes, etc.) avec les *exercices intellectuels* (leçons de choses, projections, etc.), faire chaque jour des promenades dans les jardins ou les squares publics [1], etc.

[1] Dont les arbres, les arbustes et les fleurs devraient porter des étiquettes, comme nous l'avons fait à Bicêtre et à la Fondation Vallée depuis plus de vingt ans, et à l'*Institut médico-pédagogique* (Vitry) depuis 1893.

Rappelons que, pour que le *traitement médico-pédagogique* donne son plein effet, il est indispensable qu'il soit appliqué le plus tôt possible, dès l'âge de deux ans, même auparavant, et que, plus on tarde, moins il est efficace.

Le Dr Foveau de Courmelles (de Paris). — Je féliciterai tout d'abord M. Bourneville de sa longue patience et de ses heureux résultats ; ceux-ci démontrent que le terrain humain, si réfractaire qu'il apparaisse *à priori*, est cependant très modifiable, mais qu'il y faut mettre le temps, les efforts, la persévérance voulus. Ensuite, je me permettrai de poser à M. Bourneville deux questions : 1° l'éducation en commun — quand je dis « en commun », j'entends de ces enfants arriérés entre eux — a-t-elle provoqué une sorte d'émulation, donné de meilleurs résultats que l'éducation séparée de ces pauvres êtres ? 2° les émotions de la grossesse ont-elles été trouvées dans l'étiogénie ? On sait, en effet, que M. Dareste a produit des monstruosités en secouant des œufs d'oiseaux en incubation ; d'autre part, chez beaucoup de neurasthéniques que j'ai eu à soigner, j'ai trouvé souvent, en dehors de leurs tares acquises, des émotions de la mère préparant déjà le terrain morbide. Aussi m'apparaît-il que les enfants arriérés doivent avoir des phénomènes semblables dans leur pathogénie.

M. Bourneville. — *L'éducation en commun* des enfants arriérés, entre eux, comme dit M. le Dr Foveau de Courmelles, est la meilleure pour eux. Il en résulte réellement une véritable émulation pour tous les exercices. Les moins favorisés du groupe essaient d'imiter leurs camarades. Souvent les plus favorisés cherchent à répéter à ceux-ci les leçons de choses. Il y a aussi avantage à placer un enfant plus malade entre deux enfants moins malades. Avec l'éducation individuelle, isolée, il n'y a ni émulation, ni imitation. L'éducation avec des enfants normaux est en général défectueuse, souvent nuisible, les arriérés étant de leur part l'objet de moqueries, de taquineries, de sévices qui ne font que les irriter et les pousser à des actes de violence.

A la seconde question, les émotions durant la grossesse ont-elles été trouvées, je répondrai par l'affirmative, à la condition toutefois qu'il s'agisse d'émotions vives, avec troubles physiques et intellectuels sérieux : lypothymies, syncopes, tremblement, cauchemars, obsession, la femme enceinte se représentant pendant plusieurs jours, quelquefois jusqu'à la fin de sa grossesse, la scène qui l'a émotionnée. Nul doute, à notre avis, qu'en pareil cas, il n'y ait retentissement sur le fœtus, et ce retentissement est d'autant plus prononcé que la grossesse est moins avancée. Nous avons rapporté de nombreux exemples de cette cause dans les Comptes rendus annuels de notre service.

Rachitisme et idiotie

Drs Bourneville et Lemaire. — Il y a coïncidence possible et assez fréquente du rachitisme et de l'idiotie. Existe-t-il alors un rapport entre les troubles de la nutrition que présente le rachitisme et son arriération mentale, et quelle est la nature de ce rapport ?

Des lésions nettes et non discutables de rachitisme se sont rencontrées chez 34 enfants de notre service, sur les 435 actuellement en séjour, soit une proportion de 8 p. 100 environ. Les malformations rachitiques trouvées ont été, par ordre de fréquence : le chapelet et les gouttières thoraciques, les déformations craniennes (nous n'avons pas rencontré de cranio-tabes), les malformations du squelette facial et du système dentaire. Nous avons enfin trouvé cinq scolioses rachitiques, six incurvations et applatissements des tibias, huit incurvations des diaphyses fémorales, deux génu-valgum. Les malformations du bassin ont été rencontrées deux fois. Nous avons eu un cas d'exostose ostéogénétique attribuable au rachitisme. Dans la plupart des cas, nos malades n'étaient pas des idiots probants, mais plutôt des imbéciles ou des arriérés.

Nous avons fait une autre constatation, leur arriération intellectuelle n'était généralement pas congénitale ; elle était acquise après la naissance. Les enfants avaient montré un esprit éveillé dans les premiers mois de leur vie et ce n'est que vers l'âge d'un an et demi à deux ans qu'étaient apparus chez eux les premiers signes de l'idiotie.

Dans la plupart des cas également, les antécédents héréditaires de ces enfants n'étaient pas chargés de tares nerveuses. Ces idiots ne semblaient pas être les aboutissants de familles de dégénérés. La plupart d'entre eux ne présentaient pas de multiples stigmates de dégénérescence.

Enfin, l'idiotie de nos sujets rachitiques s'était développée après une infection broncho-pulmonaire ou plus fréquemment après une infection gastro-intestinale et leur rachitisme était apparu simultanément, par conséquent il était également consécutif à ces mêmes infections.

On peut donc affirmer sans crainte d'erreur que le *rachitisme* et *l'idiotie* sont deux états qui peuvent avoir entre eux des rapports étroits. Ils relèvent quelquefois d'une même cause, ils peuvent être le résultat d'une même toxi-infection.

Voici, à l'appui, les photographies prises à différentes époques de deux de nos malades (Rouss.. et Wei..). Elles permettent de constater la réalité des lésions rachitiques [1]. Disons en passant que

[1] Voir dans le n° 91 (1903) des *Archives de Neurologie*, S. Garnier et Santenoise : *Note sur un cas de rachitisme congénital avec nanisme chez un enfant arriéré* (avec figures).

ces deux enfants ont été améliorés sous l'influence du *traitement médico-pédagogique* : les photographies mettent ce fait en évidence. Voici une description sommaire de chacun d'eux :

1° Rouss... (Elisabeth). — Cette enfant est atteinte de *scoliose* à double courbure. La courbure supérieure ou dorsale est à convexité droite. La courbure inférieure ou lombaire, plus accentuée est à convexité gauche. Vue de dos, on constate que les muscles rachidiens du côté gauche font saillie au niveau de la région lombaire. Du côté droit, au contraire, on constate un méplat. Les omoplates sont peu modifiées dans leur position ou dans leur forme. Cependant celle du côté gauche est plus saillante, surtout au niveau de son angle vif. Les triangles broncho-thoraciques sont inégaux, celui du côté droit est plus petit et a presque disparu.

Vue de face, on constate une saillie de la région costale droite, saillie correspondante à la bosse située à gauche et en arrière. Le bassin est incliné : l'épine iliaque droite est sur un plan plus élevé que l'épine iliaque gauche, et par suite, le membre inférieur droit paraît plus long que le gauche. Saillie de l'abdomen. Pli de la peau au niveau de la région sus-ombilicale. Les extrémités sont restées un peu grosses. Les condyles sont un peu gonflés.

2° Weiss... (Suzanne), neuf ans et demi. — A première vue, on pourrait ne pas croire que cette enfant a été rachitique. En effet, elle se tient bien sur ses jambes, n'a aucune déviation de la colonne vertébrale. Elle a l'air gai, répond avec intelligence aux questions qu'on lui pose.

Si on examine en détail les jointures de l'enfant, on trouve que les épiphyses inférieures du cubitus et du radius des deux côtés sont nouées et plus volumineuses que de coutume. Les condyles du fémur, surtout les condyles internes sont saillants. Les malléoles sont volumineuses et un peu irrégulières. Pas de pied bot, pas de genu valgum, pas de déformation de la hanche, les fémurs paraissent cependant un peu arqués. Le bassin semble normal. La colonne vertébrale n'est pas déviée : cependant on remarque un peu d'ensellure lombaire. Les omoplates ne sont pas proéminentes.

On sent au niveau des articulations chondro-costales de petites bosslures, léger chapelet rachitique. Les clavicules ont des courbures très accentuées, plus que la clavicule féminine ordinaire.

Le front est étroit, mais pas de bosses frontales, ni pariétales prononcées. Le crâne est aplati dans le sens transversal.

Pas de prognathisme. La dentition est très mauvaise. Les dents sont jaunes, crénelées. Les deux incisives latérales font défaut, la gauche apparait cependant. Les deux canines pointent, mais paraissent très irrégulières. Les prémolaires et molaires sont en très mauvais état. En bas, les quatre incisives et deux canines existent cannelées, irrégulieres. De chaque il n'y a qu'une grosse molaire.

De l'idiotie mongolienne (Résumé).

Dr Bourneville. — L'idiotie mongolienne, décrite d'abord par Langdon-Down, Ireland, Fletcher Beach et Shuttleworth, est caractérisée principalement par la *physionomie mongolienne* ou kalmouk



Fig. 20. — Le Br...

des malades et par un *arrêt de développement physique*, compliquant *l'arrêt des facultés intellectuelles* (idiotie ou imbécilité). Elle semble fréquente en Angleterre, aux Etats-Unis, mais on la trouve dans tous les pays de race caucasique. Personnellement nous en avons observé une vingtaine de cas. En voici les principaux signes :

Tête petite, arrondie; fontanelles fermées régulièrement; front bas étroit, précocement ridé; bord supérieur des orbites, sourcils,

paupières obliques. Ouverture palpébrale elliptique, fendue en amande. Paupières comme bridées, présentant parfois un repli semi-lunaire de la peau au-devant de l'angle interne des yeux (*Epicanthus*) qui contribue à rendre plus large encore la racine du nez. Strabisme assez fréquent. Le nez est court, légèrement aqui-



Fig. 21. — *Oreille mongolienne* (Le Br...).

lin. La bouche, plutôt petite, avec proéminence de la lèvre inférieure, est entr'ouverte, laissant voir la langue, un peu épaissie, à peu près toujours fissurée, hachurée. (*Langue mongolienne*). Dentition tardive. Voûte palatine ogivale. Sur neuf malades présents, un seul a des végétations adénoïdes, cinq des amygdales volumineuses, deux un peu grosses, deux normales. Les joues et le menton ont une coloration rouge. Les oreilles sont très petites, implantées un peu bas, assez finement ourlées, renversées en avant dans leur partie supérieure. Le lobule, très réduit, plutôt triangulaire est soudé (*Oreilles mongoliennes*). *Fig.* 20 et 21.

La figure est plate, arrondie. Les malades ont un air vieillot, Leur physionomie rappelle celle des Mongols. — Le cou est régulier; la glande thyroïde est perceptible.

Le thorax est un peu exigu; le ventre assez gros, sans hernies, complication habituelle chez les myxœdémateux. Les membres sont normaux; les pieds courts et larges, la *main idiote*, souvent avec une malformation particulière du petit doigt. (*Fig* 22).



Fig. 22. — Main idiote (Mongolienne).

La voix est fausse, aigre. Les organes génitaux et la puberté subissent leur évolution régulière. On note cependant des cas de cryptorchidie. Deux de nos malades ont été réglées régulièrement à dix ans et demi. Le pénil est garni de poils ; les seins sont bien développés. Le développement régulier de la puberté chez les mongoliens, garçons ou filles, contraste avec l'absence de puberté chez les myxœdémateux.

Tous les idiots mongoliens sont lymphatiques, ont un arrêt de développement de la *taille* : 7. 10, 28, 32 centimètres au-dessous de la taille moyenne à leur âge. Ils ont la manie de s'asseoir en tailleur ; aiment la musique, retiennent les airs, etc. Température à peu près normale, tandis qu'elle est toujours abaissée chez les myxœdémateux. — Cause de la mort : affections pulmonaires, surtout tuberculeuses. Dans cinq *autopsies :* glande thyroïde normale, persistance du thymus, simplicité des circonvolutions cérébrales qui offrent peu de plis de passage.

Mongoliens décédés.

NOMS	SEXE	AGE	POIDS de la glande thyroïde.	POIDS du thymus.	POIDS de l'encéphale.	POIDS du cerveau.
Dauto. . . .		5 ans[1]	»	»	945 gr.	850 gr.
Lousta.. . .		4 ans	6 gr.	5 gr.	965 »	860 »
Conné. . . .	F.	7 ans	7 »	5 »	845 »	730 »
Merci. . . .	F.	11 ans	12 »	5 »	1 012 »	900 »
Breg.. . . .		20 ans	6 »	»	1 198 »	1 055 »

[1] La famille n'a autorisé que l'autopsie du cerveau. — Dans ces cinq cas les hémiphères cérébraux étaient égaux ainsi que les hémisphères cérébelleux.

A l'examen histologique, d'après MM. Philippe et Oberthur, méningite fibreuse légère, sclérose portant sur la tunique externe des artères. Amincissement de l'écorce cérébrale intéressant aussi la substance blanche (*microgyrie*). Raréfaction notable des cellules. Gracilité du réseau d'Exner. Trame névroglique peu visible. Décoloration massive, uniforme, des circonvolutions (*dystrophie*). Abondance des vaisseaux de la substance blanche dont les parois sont très scléreuses et la gaine adventice dilatée. En résumé, processus dégénératif, avec lésions dystrophiques très avancées.

M. Bourneville montre des photographies des *mongoliens* à diverses époques, de leurs mains et de leurs oreilles ; des photographies de *nains* (relatifs) *myxœdémateux*, *obèses* et sans myxœdème ou obésité et fait un *parallèle* détaillé entre ces divers groupes d'idioties avec nanisme [1].

Tous nos mongoliens, dit-il, ont été soumis au *traitement thyroïdien* (ingestion stomacale de glande fraîche du mouton). Tous ont vu leur taille s'accroître dans des proportions variables, alors qu'avant le traitement elle restait à peu près stationnaire. Voici un résumé du traitement chez cinq malades :

Premier cas. — Dour... (Maurice Ch.-Fr.), né le 30 mai 1892, est entré le 8 août 1901. Il avait onze ans.

[1] Voir sur l'idiotie mongolienne : Bourneville, *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, p. 58 ; *Compte rendu de Bicêtre* de 1901, p. 136 (avec pl.). Examen histologique, par Philippe et Oberthur ; *Compte rendu* de 1902, p. 3 à 30 ; avec planches, fig. et examen histologique. Aux indications bibliographiques que nous avons données, empruntées à la littérature anglaise, il faut ajouter : Neumann, *Au sujet du type Mongolien* (*Berl. Klin Wochenschrift*, 1899, n° 10). *La médecine pratique*, 1897-1903, *passim*.

Du 8 août (date de l'entrée), la taille qui était de 1 m. 16 ne varie pas jusqu'au début du traitement (10 avril 1902, c'est-à-dire pendant huit mois).

Durant le *premier traitement* (du 10 avril au 1er décembre 1902), la taille qui, au début, était de 1 m. 16, n'a monté à la fin du traitement qu'à 1 m. 165, soit le minime gain de 5 millimètres.

Durant le *deuxième traitement* (du 15 avril au 31 juillet), la taille monte progressivement et s'accroît à la fin du traitement de DEUX centimètres.

Les cartilages ne sont pas ossifiés. Le malade, actuellement âgé de onze ans, mesure 1 m. 185 ; la taille moyenne à son âge est de 1 m. 325 : d'où la *différence de 14 centimètres en moins.*

CAS II. — Sigur... (Louis G.), né le 3 octobre 1885 est entré le 16 décembre 1893. Il a dix-sept ans.

Durant le *premier traitement* (du 10 avril au 1er décembre 1902), la taille, qui au début était de 1 m. 28, a monté à 1 m. 31, soit une augmentation de 3 *centimètres*. Le poids, qui au début était de 27 kil. 300, est descendu à 25 kilos, soit une perte de *deux kilos trois cents grammes.*

Durant le *second traitement* (15 avril au 31 juillet 1903), la taille n'a pas varié ; quant au poids, il n'a perdu que 800 grammes.

Les cartilages de conjugaison ne sont pas ossifiés. Le malade, actuellement âgé de dix-huit ans, mesure 1 m. 31 ; la taille moyenne à son âge est de 1 m. 63. D'où différence en moins de 32 centimètres.

CAS III. — Volfin... (Georges), né le 29 juillet 1883, est entré le 11 octobre 1894. Il a vingt ans.

Durant le *premier traitement* (du 17 juin au 31 décembre 1903), la taille, qui au début était de 1 m. 38, a monté à 1 m. 41, soit une augmentation de 3 *centimètres*. Quant au poids, il est resté sensiblement le même, le malade n'ayant perdu qu'un kilogr. 200.

Dans le *deuxième traitement* (du 15 avril au 31 juillet 1903), le poids et la taille n'ont pour ainsi dire pas varié, Volf... n'a gagné que 5 *millimètres.*

La radiographie montre que ce malade, bien qu'âgé de vingt ans, n'a pas ses cartilages de conjugaison complètement ossifiés. Le malade, âgé de vingt ans, mesure 1 m. 415. La taille moyenne à cet âge est de 1 m. 67, d'où différence en moins de 25 cent. 1/2.

CAS IV. — Van de Cast... (Paul-Em.-Ad.), né le 12 février 1884, est entré le 14 juin 1899. Il a dix-neuf ans.

Durant un traitement de seize mois, la taille n'a gagné qu'un centimètre. La radiographie montre que les cartilages de conjugaison sont ossifiés. Le malade, âgé actuellement de dix-neuf ans et demi, mesure 1 m. 36. La taille moyenne à son âge est de 1 m. 66, d'où différence en moins de 30 centimètres.

Cas V. — Le Br... (Sainte-Marie), douze ans (*fig*. 20). *Premier traitement* (1[er] janvier-24 avril 1902), 0 gr. 50 à 1 gramme de glande. Accroissement de la taille : 2 centimètres. — *Second traitemeno* (20 mai-20 août 1902). Mêmes doses : 2 centimètres — *Troisième traitement* (10 avril-30 juin 1903). Mêmes doses : 1 centimètre, soit 5 centimètres. — La malade mesure 1 m. 05, soit encore 30 centimètres en moins.

De la lumière en thérapeutique nerveuse.

M. Foveau de Courmelles (Paris). — Des recherches faites avec J. Luys, à l'hôpital de la Charité à Paris, en 1886-87, sur l'action des couleurs ont montré que les hypnotisés sont sensibles au rouge comme excitant et au bleu comme déprimant. Des observations dans la clientèle me montraient, dès 1890, que l'état de veille relevait des mêmes phénomènes et en 1891 j'appelai *Chromothérapie* la thérapeutique par les couleurs. La lumière totale, blanche, se montrait également anesthésique et calmante, sous la forme de lampes à incandescence éclairant les centres nerveux et combinée à la douche statique par le traitement de la neurasthénie (1893). Les bains de lumière complets avec caisse où l'on place le patient dont la tête seule émerge, sont d'excellents toniques de la moelle et rendent des services dans le traitement des myélites (1900). La lumière colorée est revenue également d'actualité dans le traitement de l'aliénation mentale. M. Douza calmait les agités dans des chambres bleues et relevait le moral des hypochondriaques dans les chambres rouges. (*L'année électrique* 1901.) Cependant, il y a lieu de tenir compte de certaines idiosyncrasies, car j'ai vu des névralgies faciales et des hypéresthésies cutanées céder en général au bleu, alors que d'autres, en minorité, étaient au contraire empirées par cette coloration, et l'on pouvait cependant constater que la lumière était active, car les radiations totales de l'arc voltaïque refroidi les calmaient instantanément. Les rayons X sont également puissants comme sédatifs de certains états douloureux ; il en est de même des effluves violettes des courants de haute fréquence calmant certaines névralgies. Il existe donc actuellement, dans la thérapeutique nerveuse, un grand nombre de faits d'utilisation de la lumière, pour la plupart empiriques, obtenus par tâtonnement, mais que l'on peut cependant commencer à coordonner et à classer.

L'action de la lumière sur l'organisme et son emploi en thérapeutique.

L. P. Joire (Lille) décrit les recherches sur les plantes et les animaux (Flammarion). Chez l'homme, les rayons lumineux agissent sur la circulation, sur la nutrition et sur le système nerveux. Les

rayons blancs activent la circulation superficielle, les rayons rouges ont une action plus profonde. Les rayons bleus et violets ralentissent la circulation. De même, la lumière blanche active la nutrition les rayons rouges agissent dans le même sens, mais d'une manière plus accentuée. Les rayons bleus et violets ralentissent au contraire la nutrition. En ce qui concerne le système nerveux, les rayons blancs et rouges favorisent la guérison des troubles trophiques ; les rayons bleus provoquent une sédation très prononcée. Enfin, les rayons lumineux exercent des actions très diverses dans les maladies du système nerveux ; on peut employer utilement, tantôt leur action sédative, tantôt leur action tonique et la combinaison des diverses couleurs offre des ressources d'une utilité incontestable pour le traitement des maladies nerveuses. Les rayons lumineux s'emmagasinent dans l'organisme, de sorte que leur action ne se borne pas à l'espace de temps pendant lequel le patient est soumis à l'influence.

Le trac des artistes et son traitement

L. P. Joire (Lille) définit le *trac : une phobie qui se manifeste, au sujet de l'accomplissement d'un acte extérieur, sous l'influence de la présence d'individualités diverses.*

Sujet. — La maladie évolue sur un terrain prédisposé (hystérie, neurasthénie, timidité, aboulie) ; des causes accidentelles peuvent aussi intervenir (hyperesthésie affective, dépression nerveuse, surmenage physique et intellectuel, chagrins. etc.). Les causes occasionnelles sont · le souvenir d'insuccès précédents, la présence de personnes supérieures ou antipathiques, etc. *Cause.* — La cause réside dans la crainte de l'infériorité vis-à-vis d'un public dont toute l'attention est fixée sur le sujet. *Objet.* — L'objet du trac est représenté par les différents arts ou professions s'exerçant sous l'œil du public (représentations, conférences, examens). *Effets.* — Les effets immédiats du trac sont : l'inertie cérébrale, diminution des perceptions sensorielles, l'indécision, l'aphasie, le bégaiement, l'amnésie, etc. Les effets éloignés consistent dans le pessimisme, l'aboulie, la misanthropie. *Traitement.* — L'hypnotisme est incontestablement le moyen de traitement le plus efficace : la suggestion doit autant que possible être faite dans le sommeil profond. Comme traitement adjuvant, on doit employer l'hydrothérapie, la photothérapie, un régime approprié.

Traitement mécanique des troubles viscéraux chez les tabétiques (crises laryngées, troubles de la respiration, de la digestion, de la miction, de la défécation.

M. Maurice Faure (Lamalou, Hérault). — Il y a lieu d'employer, dans le traitement des troubles viscéraux des tabétiques, les exer-

cices méthodiques, dans le but de corriger l'incoordination des muscles intéressés dans les fonctions thoraciques et abdominales. C'est, en effet, l'incoordination de ces muscles, qui amène les crises laryngées, par perturbation des réflexes glottiques, et des fonctions motrices respiratoires : — les troubles de la miction et de la défécation, dus à l'incoordination et à l'atonie des muscles de la paroi abdominale du plancher périnéal et du diaphragme ; — et enfin, pour une part, la difficulté des fonctions respiratoires et digestives, pour lesquelles l'intégrité des fonctions des muscles du thorax et de l'abdomen est nécessaire. Les exercices méthodiques, en reconstituant le rythme respiratoire, en rétablissant la tonicité des parois abdominales et la coordination des muscles du larynx, etc., amènent promptement l'amélioration et même la disparition de ces accidents, qui sont l'occasion ordinaire de la mort des tabétiques. En signalant l'action des exercices méthodiques sur les troubles des fonctions de nutrition, nous pensons signaler un fait dont l'importance thérapeutique sera plus grande encore que ne le fut l'action, aujourd'hui incontestée, des exercices méthodiques sur les fontions de relation (marche. préhension, écriture). En effet, la privation des fonctions de relation chez un tabétique ne compromet pas directement sa vie ; au contraire, la perturbation des fonctions respiratoires et digestives, les crises laryngées, l'irrégularité de la miction, compromettent des fonctions essentielles et vitales.

Pathogénie et pronostic du tabes

M. Maurice Faure (Lamalou, Hérault). — La syphilis n'exerce pas, dans la genèse et l'évolution du tabes, l'influence exclusive qu'on a cru pouvoir lui donner. D'autres infections, d'autres intoxications ou même simplement des chocs physiques ou moraux, le surmenage, les privations, ont droit, comme elle, à une part de responsabilité. On peut dire que, si la très grande majorité des tabétiques est antérieurement syphilitique, les accidents du tabes n'apparaissent souvent chez eux qu'à l'occasion d'autres infections et d'autres intoxications. Le tabes est très rare chez les femmes et relativement très fréquent chez les israélites. Presque tous les tabétiques sont des gens d'affaires d'une grande activité, dont le surmenage est habituel. Sans tenir compte des traitements suivis, on peut dire que, dans 60 p. 100 des cas, le tabes s'arrête dans les premiers symptômes, ou évolue avec une telle lenteur que la vie du malade en est à peine diminuée. C'est dans 30 p. 100 des cas seulement qu'il peut porter le nom de progressif et mériter le fatal pronostic qui a découragé autrefois la thérapeutique. Il évolue alors, selon les descriptions classiques, en sept années environ. Cinq p. 100 des tabétiques guérissent d'une façon complète cliniquement. Un nombre égal, 5 p. 100, subit au contraire une évolution

rapide et fatale, avec fièvre et signes infectieux. C'est une forme fébrile de tabes qui n'a pas encore été décrite, et qui dure quelques mois, ou à peine 1 an à 2 ans.

Résultats du traitement hydrargyrique chez les tabétiques

M. Maurice Faure (Lamalou, Hérault). — Les cas d'amélioration ou de guérison du tabes par le traitement hydrargyrique, récemment publiés, sont peu nombreux. D'autre part, nous savons que, dans 60 p. 100 des cas, le tabes a une tendance spontanée aux arrêts et aux dégressions. Si l'on recherche quels sont les symptômes qui s'améliorèrent au cours de cures mercurielles, on constate que ce furent d'abord les douleurs (symptômes éminemment variables et transitoires) et l'incoordination, que presque toutes les thérapeutiques médicamenteuses. autrefois tentées, puis abandonnées, avaient aussi paru améliorer. Il n'y a donc pas de raisons suffisantes d'affirmer que la thérapeutique antisyphilitique agit *habituellement* bien dans le tabes. D'autre part, de statistiques publiées en collaboration avec les Drs Belugou et Cros, sur 2 500 cas, il résulte que le pourcentage des améliorations et des guérisons est sensiblement le même chez les tabétiques qui ont subi un traitement mercuriel, et chez ceux qui n'en ont subi aucun. Enfin, le nombre des cas où la thérapeutique antisyphilitique s'accompagne d'aggravation, est beaucoup plus grand que le nombre des cas où la même thérapeutique s'accompagne d'amélioration. Il n'y a pas intérêt à distinguer entre le traitement antisyphilitique par les anciennes méthodes et le traitement mercuriel intensif par les formules modernes, car les statistiques montrent que les améliorations ne sont pas plus nombreuses avec les nouveaux procédés qu'avec les anciens, et qu'au contraire, les aggravations sont plus nombreuses Il y a donc lieu de craindre que le traitement antisyphilitique du tabes ne justifie pas la confiance qu'on lui a témoignée, à plusieurs reprises, en se basant d'ailleurs sur des vues de pathologie générale et d'anatomie pathologique, beaucoup plus que sur des faits thérapeutiques. La recrudescence de faveur, que lui vaut l'emploi des doses intensives, paraît devoir être passagère. Cependant, comme le traitement antisyphilitique paraît avoir réussi quelquefois, comme il joue peut-être un rôle préventif, et qu'il est sans doute pour quelque chose dans l'atténuation générale du pronostic du tabes, il y a toujours lieu de le tenter, mais en sachant l'arrêter, lorsqu'il est évident qu'il devient nocif, ou lorsque de longs essais l'ont démontré inutile.

Traitement mécanique des paraplégies spasmodiques.

M. Maurice Faure (Lamalou, Hérault). — Les paraplégies spasmodiques sont, incontestablement, un des états paralytiques qui ont

le moins bénéficié jusqu'ici de la thérapeutique. Il est donc intéressant de les voir s'améliorer sous l'influence d'un traitement mécanique. Beaucoup de paraplégies spasmodiques, après s'être installées insidieusement en quelques mois, sous des influences indéterminées, restent indéfiniment stationnaires, sans que l'état général du sujet s'altère, et sans qu'il apparaisse de nouveaux troubles. Il y a peu d'amaigrissement, pas d'atrophies, pas de véritables paralysies, mais seulement un état de contracture plus ou moins accentué, intéressant la plus grande partie des muscles des membres inférieurs. Il en résulte que le sujet, tout en conservant sa santé, marche avec les plus grandes peines, ou même ne marche pas du tout, et présente les signes classiques de paraplégie spasmodique. Ce sont ces états qu'il est possible d'améliorer dans des proportions si considérables que la vie sociale du sujet est totalement changée. Pour cela, il faut une première période de mobilisation passive, qui peut durer de quelques semaines à plusieurs mois, dont la technique varie souvent et ne peut guère être conduite et appliquée que par le médecin. Cette première période de mobilisation est suivie d'une deuxième période de rééducation, pendant laquelle il faut réapprendre au paraplégique assoupli à se servir des muscles dont il a oublié l'emploi. Au cours de la cure, le massage et l'électrisation peuvent aussi être dirigés sur les muscles insuffisamment nourris. Il va sans dire que cette thérapeutique ne peut être appliquée aux paraplégies spasmodiques liées à une lésion en évolution, surtout quand les mouvements peuvent réveiller des douleurs ou des contractures (par exemple : le mal de Pott). Il s'agit seulement de paraplégies dont le foyer peut être considéré comme cicatrisé.

Répartition géographique des bègues.

M. Chervin, directeur de l'Institut des Bègues de Paris, fait une communication sur la répartition géographique du bégaiement d'après la statistique des jeunes gens exemptés du service militaire à cause de cette maladie. La statistique de M. Chervin embrasse une période de cinquante années, de 1850 à 1900 et comme il y a, en moyenne, mille conscrits exemptés, chaque année, pour cause de bégaiement, elle porte donc sur 50.000 sujets environ. Il résulte du travail de M. Chervin que le bégaiement est beaucoup plus fréquent dans le midi que dans le nord ; comme il fallait s'y attendre le bégaiement suit exactement la même distribution géographique que les maladies nerveuses en général.

Sur le traitement sérothérapique du goitre exophtalmique d'après la méthode de Ballet et Enriquez.

M. Hallion (de Paris). — Depuis que MM. Ballet et Enriquez ont imaginé de traiter la maladie de Basedow par des principes em-

pruntés à des animaux éthyroïdés, nombre d'auteurs ont appliqué des variantes de leur méthode, avec des résultats intéressants. Les principes actifs qui sont ici en cause ne sont pas déterminés chimiquement et l'on ignore comment ils se répartissent, dans le sang des animaux opérés, entre les éléments figurés et le sérum. C'est pourquoi nous avons pensé. Carrion et moi, que la meilleure préparation pharmaceutique serait celle qui, d'une part, respecterait au maximum les substances les plus instables du sang, et qui, d'autre part, emprunterait aux éléments figurés, aussi bien qu'au sérum, leurs produits solubles, physiologiquement actifs, tels que les ferments. Après divers essais, nous avons donné la préférence aux préparations glycérinées, qui représentent des extraits à la fois très complets et très stables.

Un phénomène palpébral constant dans la paralysie faciale périphérique.

MM. Dupuy-Dutemps et Cestan. — Dans quinze cas de paralysie faciale périphérique, que nous avons examinés depuis quatre ans, nous avons observé le phénomène suivant : lorsque le regard du malade se dirige en bas, la paupière supérieure s'abaisse en même temps que le globe oculaire, tout en restant cependant plus élevée que celle du côté sain. Dès lors si, dans cette attitude, on commande au malade de fermer fortement les yeux, on voit aussitôt la paupière du côté paralysé s'élever très notablement au-dessus de cette position antérieure. Ce fait en apparence paradoxal est d'autant plus net que la paralysie de l'orbiculaire est plus complète. Un mouvement analogue, mais moins étendu, s'observe à la paupière inférieure qui s'élève pendant l'occlusion et se déprime dans les regards en bas. Ce phénomène s'explique très simplement par les liens anatomiques (expansions aponévrotiques) qui unissent les paupières aux muscles droits supérieur et inférieur et les rendent dans une certaine limite solidaires de leurs mouvements. Pendant l'occlusion volontaire et énergique des paupières, normalement, le globe de l'œil se convulse en haut. Dans les cas de paralysie faciale il entraîne et relève dans son mouvement la paupière supérieure qui n'est plus maintenue par la contraction de l'orbiculaire; il l'abaisse quand il se dirige en bas. Il en est de même pour la paupière inférieure. Le même fait se produit d'ailleurs à l'état normal, quand les yeux sont clos, mais il est alors plus difficilement appréciable. Sur un sujet qui dirige au commandement ses yeux en haut et en bas sous les paupières fermées, on voit nettement la ligne des bords palpébraux réunis s'élever et s'abaisser en même temps que les globes oculaires. Mais alors ces mouvements accessoires et secondaires sont diminués et en partie masqués par la prédominance d'action de l'orbiculaire, tandis qu'ils deviennent très manifestes lorsque ce muscle est paralysé.

Acrocyanose et crampe des écrivains

MM. E. Brissaud, L. Hallion et H. Meige (de Paris). — Un sujet atteint de crampe des écrivains présente en même temps une cyanose permanente des extrémités supérieures. Le malade, un garçon de seize ans et demi, est, depuis son enfance, le plus capricieux des écrivains; il a toujours pris des habitudes bizarres, forcées; actuellement, en écrivant, ses doigts, sa main, son bras se raidissent et plus il écrit, plus cette « crampe » s'exagère. Les caractères qu'il trace sont, tantôt réduits à un point, tantôt amplifiés et agrémentés de paraphes et de fioritures. Il semble que ce garçon ait la prétention constante de remplacer les lettres usuelles par des caractères graphiques étranges, imprévus. Ceci cadre d'ailleurs avec sa tournure d'esprit; il est naïvement vantard et se targue d'une originalité exceptionnelle; ne songe qu'à surprendre, à émerveiller autrui. Ses fantaisies scripturales sont un véritable cabotinage graphique; au lieu de laisser sa main tracer automatiquement les caractères appris, il s'ingénie à découvrir des modifications toujours nouvelles; de là les lettres et les paraphes abracadabrants. Mais il n'y réussit pas toujours; c'est alors qu'il s'arrête, fait un point, un accent, ou même un trou dans le papier; comme il ne peut trouver sur-le-champ une innovation suffisamment imprévue à son gré, il renonce tout simplement à écrire. Par contre, lorsqu'il veut calligraphier un mot, ou lorsqu'il fait un dessin, sa main se comporte à merveille : Aucune hésitation, aucune bizarrerie. Le phénomène d'arrêt qui se produit à l'occasion de l'écriture courante semble donc bien sous la dépendance d'une intervention corticale. Les « crampes des écrivains » de ce genre sont comparables aux tics par leur nature et leur pathogénie; elles offrent surtout des analogies avec certains bégaiements.

En même temps que ce phénomène d'arrêt, on remarque que les deux mains sont d'une coloration violacée, froides et comme engourdies. La pression du pouce sur la peau détermine une tache blanche qui s'efface lentement; le sang accède donc difficilement aux capillaires. L'examen pratiqué avec le pléthysmographe de Hallion et Comte a confirmé ce fait. Le pouls capillaire ne devient visible qu'après une immersion prolongée des mains dans l'eau chaude et l'influence vaso-dilatatrice de la chaleur se fait sentir beaucoup plus tardivement que chez un sujet normal.

On peut interpréter de trois façons la coïncidence de l'acrocyanose et de la crampe des écrivains : 1° le trouble vasculaire est la cause immédiate des désordres moteurs; 2° les désordres moteurs ont déterminé le trouble vasculaire ; 3° les deux symptômes relèvent à une cause unique. Cette dernière interprétation est acceptable, si l'on suppose que l'acrocyanose est d'origine corticale au même titre que les troubles moteurs. La physiologie enseigne en

effet que l'excitation corticale produit des réactions vaso-motrices ; on conçoit donc la possibilité d'un spasme vasculaire d'origine corticale. En outre, la pathologie a fait connaitre depuis longtemps les troubles vaso-moteurs des sujets porteurs d'une lésion exclusivement corticale (hémiplégiques) ; d'autre part, l'hystérie réalise des troubles vaso-moteurs dont la disparition rapide sous l'influence de la seule « persuasion » est la preuve de leur origine corticale. Enfin, en dehors de l'hystérie, d'autres perturbations corticales sont parfaitement capables de produire des désordres vaso-moteures (névroses vaso-motrices).

En somme, dans le cas actuel, la crampe des écrivains et l'angiospasme paraissent bien être sous la dépendance d'un trouble cortical. Le déséquilibre psychique évident du sujet ne peut que confirmer cette hypothèse.

Tics des lèvres, chéilophagie, chéilophobie.

M. Henry MEIGE (de Paris). — Les muscles des lèvres prennent part à un grand nombre d'actes fonctionnels ; ils coopèrent notamment à la mastication et à la mimique. Aussi les tics des lèvres sont-ils extrêmement communs : moues, succions, pincement, rictus de toutes sortes. Les lèvres jouent aussi un rôle dans les fonctions de la respiration, de la phonation ; on voit ainsi des tics des lèvres compliqués de bruits respiratoires et laryngés. Mais en dehors des tics proprement dits, qui se distinguent par leur caractère convulsif, les lèvres sont encore l'occasion et le siège d'habitudes motrices intempestives dont la plus fréquente est la chéilophagie.

Les « mangeurs de lèvres » sont certainement aussi nombreux que les « rongeurs d'ongles », et se recrutent dans la même catégorie de névropathes et de déséquilibrés que ces derniers. Les mêmes causes d'ailleurs entrainent les habitudes onychophagiques et chéilophagiques. L'abondance et la délicatesse des terminaisons sensitives dans les régions unguéales et labiales expliquent la multiplicité et l'acuité des incitations qui en partent, et dont chacune peut être l'occasion d'une réaction motrice. Chacun de ces mouvements, provoquant à son tour une sensation nouvelle, excite, chez un prédisposé friand d'impressions sensitives, le désir de recommencer. Par la répétition, l'acte passe à l'état d'habitude ; le besoin de l'exécuter devient de plus en plus impérieux ; sa non-satisfaction s'accompagne d'une véritable souffrance. Et comme sa volonté est trop fragile et trop versatile pour opposer une longue résistance, le chéilophage, comme l'onychophage, finit toujours par céder à la tentation. La chéilophagie s'observe surtout dans le jeune âge. Son point de départ est généralement une excoriation labiale, plus souvent encore les gerçures causées par le froid.

Les pellicules d'épiderme soulevé provoquent une sensation désagréable que le sujet cherche à faire disparaître par un frottement de la langue ou une morsure des dents, dont l'effet dépasse le but, en augmentant l'érosion. et en même temps la douleur. Mais il recommence dès que celle-ci s'est atténuée. Certains, au lieu de mordre leurs lèvres, préfèrent les gratter avec leurs ongles, ce qui ajoute aux inconvénients de cette mauvaise habitude, les dangers de l'infection. Quel que soit le procédé, il a pour résultats une tuméfaction des lèvres accompagnée ou non de petites plaies saignantes ou croûteuses. La chéilophagie est justiciable des mêmes procédés de traitement que toutes les habitudes intempestives. La surveillance des parents suffit parfois à l'enrayer. Elle disparaît en général à l'âge adulte, où elle est souvent remplacée chez l'homme par une habitude similaire, la trichophagie, acte de manger les poils de la barbe, ou par l'acte de friser, jusqu'à les briser, les poils de la moustache.

On peut donner le nom de chéilophobie à une variété de nosophobie, dont voici un exemple curieux. C'est un jeune homme de vingt-six ans, tiqueur, fils de tiqueur, frère de tiqueur. Clignements d'yeux, reniflements, froncements des sourcils et du front, tics des lèvres, hochements et secousses de tête, haussements d'épaule, coups de pied, bruits respiratoires, petits cris, il a eu toute cette succession de tics variables.

Au mental, c'est un scrupuleux; il fut obsédé par la crainte du péché pendant toute la durée de ses études dans un établissement religieux ; il eut l'obsession de toucher et de déplacer certains objets; il est maniaque dans ses habitudes journalières. Outre ces particularités mentales, il présente un enfantillage de l'esprit qui se manifeste par de la naïveté et de la versatilité des idées (infantilisme psychique). Vers l'âge de dix-neuf ans, ce garçon s'aperçut un jour que sa lèvre inférieure était couverte de petites pellicules blanches. Il prit plaisir à les arracher; le lendemain, il constata avec surprise qu'elles avaient reparu ; il consulta un médecin qui ordonna une pommade. Celle-ci ne lui ayant paru faire aucun effet, il se mit en quête d'autres topiques. Au cours d'une consultation, le mot d'eczéma fut prononcé; dès lors le malheureux se crut obligé de suivre un régime des plus sévères : plus de viande rouge, plus de charcuterie, plus de poisson, plus de vin, etc., il ne se nourrissait guère que de lait et d'œufs. Les repas devinrent pour lui un supplice, autant par la difficulté de sélectionner les aliments, que par la peur d'irriter ses lèvres, avec la fourchette, la cuiller, les mets solides ou les boissons. Enfin il n'osa même plus rapprocher ses lèvres l'une de l'autre. Et non seulement il fut obsédé par la crainte des dangers, auxquels l'exposait sa prétendue « maladie des lèvres », mais il avait peur de la transmettre. Il redoutait d'embrasser ses parents. La présence de tics nombreux,

l'absence de tout caractère pathologique de ces excoriations labiales permirent de supposer qu'il s'agissait d'une espèce de nosophobie. Le jeune homme tenait constamment ses lèvres entr'ouvertes ou s'efforçait de ne pas les mettre en contact l'une avec l'autre; il projetait en avant et même il renversait sa lèvre inférieure, de telle sorte qu'une grande partie de la muqueuse restait toujours au contact de l'air; de là une dessication, bientôt suivie de desquamation. Ni pour parler, ni pour manger, ni en aucune autre circonstance la lèvre inférieure n'était humectée par la salive. Cela suffisait à expliquer la sécheresse, la rugosité de l'épiderme et les sensations de raideurs, de cuisson signalées par le malade, amplifiée d'ailleurs par la préoccupation constante des dangers auxquels il se croyait exposé. Les tics furent rapidement améliorés par la discipline psychomotrice. Au bout d'un mois ils avaient presque complètement disparu. La chéilophobie ne tarda pas à disparaître également.

En expliquant au malade la conformation normale et le fonctionnement des lèvres, on parvint à lui faire comprendre toute l'absurdité de l'habitude qu'il avait prise. Il se décida à rapprocher ses lèvres l'une de l'autre, à les humecter avec sa salive, à les mettre en contact avec les aliments, les boissons, etc. Les pellicules épidermiques, les croûtelles, ce soi-disant « eczéma séborrhéique » des lèvres, disparurent avec l'habitude vicieuse qui les provoquait. Ce résultat dissipa ses préoccupations nosophobiques. Dès lors, le malade fut transfiguré; il se décida à vivre comme tout le monde, à manger de tout, à parler sans s'imposer de ne pas rapprocher ses lèvres. En pareil cas, la meilleure psychothérapie consiste à dire la vérité; car les idées fixes ont souvent pour point de départ des idées fausses. Il faut rechercher ces dernières et s'efforcer d'en démontrer la fausseté, non point seulement par des paroles, mais à l'aide d'expériences qui nécessitent la collaboration active du malade et dont les bons résultats lui font reconnaître l'absurdité de ses phobies.

Sur la mesure du tonus musculaire.

MM. G. Coustensoux et A. Zimmern. — La question du tonus musculaire a été dans ces dernières années l'objet de nombreux travaux, l'appréciation de ce tonus fait maintenant partie de l'examen des malades nerveux et pourtant nous n'avons pas de moyens de mesurer le tonus. L'insuffisance du procédé employé en clinique et consistant à évaluer la résistance passive opposée par les muscles et l'étendue des déplacements réalisés lors des mouvements provoqués est évidente. Les appareils construits par quelques auteurs (Muschens, Mosso), sous le nom de tonomètres sont passibles de divers reproches quant à leur principe et à leur

exécution. Le myophone de Rondet de Paris est un instrument ingénieux et intéressant, mais le maniement en est délicat et les résultats qu'il fournit sont difficiles à interpréter. La question de la mesure du tonus reste donc à résoudre.

Nous avons entrepris d'enregistrer par la méthode graphique les secousses musculaires fournies par des muscles sains sous l'influence des divers modes d'excitation électrique et de les comparer aux courbes correspondantes fournies par des muscles dont le tonus est altéré. L'identité entre les unes et les autres s'est montrée complète, mais ce résultat négatif était intéressant à constater parce qu'il prouvait que les muscles examinés, s'ils étaient modifiés dans leurs tonus, n'étaient ni dystrophiques ni dégénérés. Nous avons alors été amenés à rechercher le nombre des excitations à la seconde, nécessaires pour provoquer le tétanos musculaire. Ici au contraire nous avons constaté des différences qui nous ont paru être en rapport avec l'état du tonus. 1° Chez les sujets sains et pour un muscle déterminé, le nombre des excitations nécessaires pour amener le tétanos présente des variations appréciables, mais comprises entre certaines limites, en sorte qu'on peut établir des chiffres moyens servant de formes de comparaison. 2° En cas d'hypotonie, le nombre des excitations nécessaires a toujours été notablement supérieur à la moyenne des sujets sains. Deux cas seulement faisaient exception, mais les malades correspondants présentaient des caractères cliniques tout spéciaux. 3° Chez les hypertoniques, les chiffres trouvés ont toujours été faibles, un peu inférieurs à la moyenne des sujets sains. De ces faits nous sommes amenés à conclure que le nombre des excitations nécessaires pour provoquer le tétanos musculaire peut suivant les cas présenter des écarts et que ceux-ci sont en rapport avec l'état du tonus : ce nombre augmente quand le tonus diminue, il s'abaisse quand le tonus s'élève.

Si nous ne pouvons pas dire encore que nous disposions d'un moyen rigoureux de mesure du tonus musculaire, cette relation nous a néanmoins paru mériter d'être signalée.

Paralysie générale juvénile.

M. Lalanne (de Bordeaux) communique une observation avec examen histologique concernant un *paralytique général juvénile* ayant présenté une fracture spontanée des os de la jambe au début de l'affection.

M. Marie, à propos de la communication de M. Lalanne, appelle l'attention sur les fractures spontanées des paralytiques. Il en rapporte un cas personnel où dix fractures se reproduisirent sous l'influence de causes futiles chez un hérédo-syphilitique, mor paralytique. Ces cas de dystrophies précoces des os chez ces futurs

paralytiques semblent déceler une dystrophie du squelette relevant de diapédèse particulièrement marquée dans le tissu osseux, comparable à l'altération trophique ultérieure de l'encéphalite paralytique.

SÉANCE DU 4 AOUT.

Les congressistes se sont rendus à Spa par le train de 7 h. 30. Ils ont été reçus par M. Damseaux, bourgmestre, et les Drs Schaltin, Guilleaume, Delneuvillé, Wybauw et Poskin. Après une très intéressante conférence faite par M. le Dr Wybauw au Casino, sur *Spa, son histoire, ses eaux et leur action*, les congressistes ont déjeuné par petits groupes.

La séance s'est ouverte à deux heures au Salon de conversation du Parc, sous la présidence de M. le Dr TOUTICHKINE (de Kharkow). La parole a été donnée tout d'abord à M. le Dr Giraud, de Rouen.

Note sur les aliénés processifs.

M. A. GIRAUD (Saint-Yon). — Il existe une catégorie d'aliénés persécutés-persécuteurs, qui, au lieu de chercher à se faire justice par eux-mêmes, en réagissant directement contre leurs prétendus persécuteurs, s'adressent aux tribunaux de leur pays, dénonçant ceux qu'ils considèrent comme leurs ennemis, allèguent des faits graves, parfois avec une grande apparence de vérité, mettent en mouvement les magistrats et apportent un véritable acharnement à faire multiplier les poursuites. L'auteur de cette note dit que ces aliénés sont bien connus et il relate deux cas où il a été appelé comme expert à examiner des individus ayant, sous l'influence de leur délire, multiplié des dénonciations reconnues mal fondées.

Sur la forme la plus habituelle des troubles de mentalité qui se produisent au cours des maladies des cavités naso-pharyngiennes.

M. ROYET, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon. — De très nombreuses observations de troubles nerveux, en relation avec les maladies du nez, ont été publiées. Parmi celles-ci un certain nombre ont rapport à de véritables délires. Les maladies qui les ont causées, comme aussi la forme du trouble mental, étaient diverses. Cependant, si on met à part celles dont le délire n'a que la signification d'un accident psychique post-opératoire et celles où l'élément infectieux prend la première place, on reconnaît qu'il existe une forme à peu près cons-

tante. C'est cette forme que présentent, avec des variations d'intensité, les malades qui font l'objet d'une série de neuf observations résumées succinctement ci-après :

Ire Obs. — M. X..., trente-huit ans. Polypes muqueux ignorés jusqu'à l'examen, troubles mentaux assez accentués, obnubilation intellectuelle, retard de toutes les opérations psychiques, difficulté d'attention, léger état de rêve, mal de tête, angoisse, anxiété et idées mélancoliques très accentuées.

Guérison par l'ablation des polypes.

IIe Obs. — M. B..., trente-deux ans. Rhino-pharyngite chronique avec aggravation récente à la suite d'une grippe. Impossibilité de s'appliquer longtemps à un travail sans déterminer des accès d'angoisse et des sensations de constriction de la gorge, hypocondrie et neurasthénie consécutives à la persistance de ces symptômes. — Guérison rapide par le traitement local.

IIIe Obs. — Mme D..., quarante-cinq ans. Empyème maxillaire persistant après une grippe. Obnubilation intellectuelle, pensée pénible, asthénie très prononcée. Retour à l'état normal par guérison de l'empyème.

IVe Obs. — Mme J..., trente-deux ans. Rhinite hypertrophique légère, symptômes d'obstruction nasale très accentués pour le moindre froid. Mal de tête, sensation de plénitude du crâne, angoisse, parfois état de demi-rêve, impossibilité de diriger la pensée. Guérison temporaire immédiate par application de médicaments vaso-constricteurs et plus définitive par réduction des cornets au galvano-cautère.

Ve Obs. — Mme F..., trente-cinq ans. Légères crises d'hydrorrhée nasale. Au moment de la période congestive qui précède l'écoulement, impossibilité de faire une lettre, un calcul, attention impossible à fixer, sensations de plénitude de la tête et douleurs. Tous les symptômes précédents disparaissent avec l'établissement de l'écoulement.

VIe Obs. — Garçon, treize ans. Végétations adénoïdes légères, pas de surdité. Insuffisance mentale, ne peut suivre les cours de son âge, est toujours le dernier de sa classe. Agitation incessante, sans but, instabilité mentale, mouvements choréiformes. L'adénotomie fait disparaître l'agitation, les mouvements choréiformes, l'enfant devient attentif et apprend plus facilement.

VIIe Obs. — Garçon, treize ans. Végétations adénoïdes abondantes. Cas à peu près identique au précédent, sauf que, après une première guérison, une rougeole amena un gonflement prononcé et persistant du tissu adénoïdien resté dans la caverne. Les symptômes nerveux réapparurent et guérirent par une seconde adénotomie.

VIIIe Obs. — P... Garçon, douze ans. Sténose au niveau de la cloison cartilagineuse; rien dans la caverne. Agitation incessante, instabilité mentale. Disparition de ces symptômes après rétablissement de la perméabilité nasale.

IXe Obs. — Mlle X..., dix-neuf ans. Végétations adénoïdes très prononcées chez une faible d'esprit congénitale ou par lésion des centres nerveux dans la première enfance. Agitation incessante; tics variés de salutation et autres; inattention absolue. Après opération, disparition immédiate de l'agitation; l'attention est relativement facile, la malade devient docile.

La pathogénie de ces troubles mentaux peut s'expliquer : 1° par des modifications de la sensibilité générale ou spéciale : obsession de la douleur, de la céphalée en particulier, si fréquente au cours des maladies du nez, interprétations erronées de sensations olfactives réelles ou subjectives;

2° Pour des réactions réflexes : directement, par action vasomotrice sur les centres nerveux, action réflexe démontrée expérimentalement; indirectement, par réaction secondaire des fonctions qu'une excitation de la muqueuse du nez a pu troubler : appareils respiratoire, circulatoire, génital, etc.

3° Par les influences réciproques qui peuvent se produire entre les organes du nez et les enveloppes du cerveau par suite de leurs rapports de voisinage et de leurs communications vasculaires, sanguines et lymphatiques.

4° Par l'insuffisance respiratoire qui amène de l'anémie, de l'asthme, de l'angoisse, etc., et qui a sur la digestion une influence néfaste. Les troubles dyspeptiques peuvent aussi secondairement accentuer les modifications psychiques.

La marche des psychoses consécutives aux maladies du nez, à moins d'une durée trop longue, est, en général, liée à l'évolution de celles-ci. Elles disparaissent ensemble après un traitement convenable.

Le diagnostic présente une certaine difficulté liée à ce que les maladies du nez sont souvent latentes ou qu'elles ne déterminent que des sensations localisées en dehors des cavités naso-pharyngiennes. Elles doivent donc être cherchées, surtout si la psychose qu'on observe revêt le type habituel au cours des maladies du nez.

Ce type est caractérisé par :

1° Une légère obnubilation intellectuelle et une incapacité marquée de diriger les opérations mentales dont les conséquences sont : l'impossibilité de saisir rapidement la signification des excitations venues de l'extérieur ou de l'intérieur. C'est ce qu'on a désigné sous le nom de défaut d'attention et qui est plutôt une asymbolie passagère. Une très grande difficulté à réveiller immédiatement les images de mémoire. L'absence de frein à la céré-

bration automatique qui détermine une sorte d'état de rêve. Une sensation de dépression physique et morale très accentuée.

2° Enfin, une sensation d'angoisse constante qui, chez l'adulte, détermine, à l'état de veille, de l'anxiété et de l'irritabilité, une tendance mélancolique et, pendant le sommeil, des rêves pénibles et des cauchemars, qui, chez l'enfant, se traduit surtout par de l'agitation sans but et des phénomènes moteurs chorée, tics, etc., et aussi par des troubles du sommeil, agitation, frayeurs nocturnes, etc.

Etude comparative de la fatigue au moyen de l'ergographe et des ergogrammes, chez l'homme sain, le neurasthénique, le myopathique et dans l'atrophie musculaire névritique.

MM. Gilbert Ballet et Jean Philippe. — Des études que nous poursuivons sur la fatigue étudiée au moyen de l'ergographe de Mosso et des ergogrammes, nous détachons quelques résultats préléminaires que nous désirons communiquer au Congrès. Ces résultats ont été obtenus en combinant l'ergogramme d'épuisement de Mosso avec l'ergogramme de Maggiora, rythmé de dix secondes en dix secondes de façon à permettre l'élimination totale de la fatigue chez le sujet normal. Dans ces conditions, sur un individu sain, on constate, en faisant travailler l'index jusqu'à la fatigue complète, que la hauteur du tracé exprimant l'énergie de la contraction va en s'abaissant progressivement (ergogramme de Mosso). Quand cette hauteur approche de 0, si l'on espace la contraction de l'index de dix secondes en dix secondes, on voit que le muscle fléchisseur non seulement récupère sa puissance d'action, mais cesse de se fatiguer. Les tracés de chacune de ces contractions espacées (ergogramme de Maggiora) sont sensiblement de même hauteur, chez les neurasthéniques myélasthéniques, au contraire, après le tracé d'épuisement, analogue à celui du sujet sain, l'ergogramme de Maggiora (contractions espacées de dix secondes), permet de constater que le muscle ou bien ne récupère que très lentement sa puissance d'action, ou bien, loin de la récupérer, continue à se fatiguer. Les tracés successifs, dans ce dernier cas, bien qu'espacés, vont en s'abaissant à mesure qu'ils se succèdent. Chez les myopathiques, chez les malades affectés d'atrophie névritique, les choses se passent très différemment et se rapprochent de ce qui a lieu à l'état normal. Après le tracé d'épuisement (dont le niveau général, à cause de l'atrophie musculaire, est moins élevé, cela se conçoit, que le niveau du tracé de l'individu normal) le tracé des contractions espacées montre que le relèvement de la courbe est rapide et soutenu comme à l'état sain. Ces résultats constituent un nouvel argument en faveur de l'opinion, d'après laquelle la fatigue, chez les neu-

rasthéniques, a son origine dans le système nerveux central, non dans le muscle. Il y a dans ce fait un moyen éventuel de contrôle en médecine légale en ce qui concerne la simulation de la neurasthénie traumatique.

M[lle] Ioteiko rappelle à ce propos les recherches qu'elle a faites et dont les résultats coïncident avec les précédents. Elle appelle l'attention sur le compte à tenir des excitants artificiels (alcool par exemple), qui peuvent modifier et écourter le temps de réparation normal de la fatigue évalué à dix secondes.

Mandrin pour faciliter l'introduction de la sonde œsophagienne chez les aliénés.

M. Serrigny (Marsens, Suisse). — L'intervention chez les aliénés sitiophobes a soulevé de nombreuses controverses pour savoir quelle était la meilleure méthode : la voie nasale ou la voie buccale. Pour ma part, après avoir employé les deux méthodes, j'ai fini par adopter à peu près systématiquement la voie buccale, à cause des inconvénients du trajet naso-œsophagien et de l'emploi des sondes de petit calibre. A cet effet, je me sers d'une sonde œsophagienne ordinaire, de gros calibre. Pour l'introduire, j'ai fait construire un mandrin métallique formé d'un fil d'acier de 1 millimètre de diamètre environ enroulé sur lui-même en tire-bouchon de façon à constituer un tube dont tous les tours de spire se touchent. Il est plus long que la sonde, d'un diamètre inférieur, et glisse facilement dans son intérieur. Il est légèrement élastique dans son axe, très flexible dans tous les sens, beaucoup plus que la tige de baleine, qu'il surpasse en solidité. Pour augmenter sa rigidité dans certains cas, on peut introduire dans son intérieur une petite tige d'acier. Ce mandrin ne risque pas de transpercer la sonde, de blesser les parois œsophagiennes. Grâce à lui, la sonde traverse *absolument seule, sans le secours du doigt indicateur,* l'isthme pharyngien. Lorsqu'on l'a franchi, on maintient en place le mandrin en continuant de faire descendre la sonde jusqu'à l'estomac, puis on achève de retirer le mandrin. La manœuvre est des plus simples. On objectera qu'il faut ouvrir la bouche du malade. Avec un peu de patience on y arrive facilement en général. Il suffit d'avoir un écarteur très solide, agissant lentement et dont les extrémités soient interchangeables, selon les sujets et leur dentition, tantôt minces, tantôt larges. Je n'ai ainsi jamais rencontré de difficulté insurmontable ni brisé de dents, même en mauvais état. L'introduction de la sonde est des plus simples, rapide, réduisant au minimum les chances d'accident et de pénétration dans la trachée (je ne l'ai jamais vu). Et l'on peut administrer au malade une nourriture très variée jusqu'à consistance de crème épaisse surtout si l'on emploie une poire de caoutchouc pour don-

ner de la pression au liquide. Les résultats que j'ai obtenus depuis deux ans ne sont pas à comparer avec ceux que donnait la sonde nasale.

M. le Dr Sizaret rappelle le procédé préconisé par son père dans le Dictionnaire de Dechambre et par lequel la voie nasale est préférable et sûre. Pour lui, vingt années d'expérience l'ont confirmé dans sa préférence pour la voie nasale et l'emploi de sondes de calibre relativement fin. MM. Marie, Anglade, Trénel et Toutichkine se rangent à cet avis.

Troubles psychiques dans un cas de sclérose en plaques.

M. Lannois (de Lyon). — Les troubles intellectuels légers (optimisme, dépression mélancolique, etc.) sont la règle dans la sclérose en plaques. Il est rare de les voir s'exagérer et devenir le symptôme le plus saillant de l'affection. C'est un cas de ce genre que Lannois rapporte.

Un homme de vingt-six ans présente une sclérose en plaques typique ayant débuté à dix-sept ans après une scarlatine (tremblement classique, nystagmus, parole scandée, exagération des réflexes, etc.). Assez brusquement, sans troubles psychiques antérieurs bien marqués, il se présente de l'*érotomanie*. Il se met a parler de somatisation, c'est-à-dire de la guérison des maux les plus divers par l'application des organes génitaux loco dolenti, se dit doué de ce pouvoir, se livre à la masturbation, s'introduit des sondes dans l'urèthre, et le rectum, etc. Quelques mois plus tard il présente du *délire de persécution* et finalement *des idées de grandeur* et de richesse, parle de ses maisons, fait des testaments, etc.

Ces troubles sont très voisins de ceux que l'on rencontre dans la paralysie générale, aussi l'erreur a-t-elle été commise plusieurs fois dans les deux sens, la sclérose en plaques ayant été prise pour de la démence paralytique et inversement.

Ces troubles peuvent s'expliquer par l'extension et la généralisation des plaques aux lobes frontaux, par leur présence sur le corps calleux ce qui rompt la synergie fonctionnelle des hémisphères (Dupé, etc.), ou plutôt par l'existence des lésions histologiques qui ont été décrites dans les méninges, l'écorce grise (névroglie, cellules) et même la substance blanche par Philippe et Jonès.

Il faut aussi faire intervenir dans la pathogénie des troubles présentés par ce malade l'existence de tares névropathiques familiales et la présence d'une albuminurie légère, mais persistante, indice d'une néphrite ascendante d'origine blennorrhagique probable.

M. Anglade regrette que la ponction lombaire n'ait pas été faite.

M. RAVIART rapporte à son tour un cas observé et autopsié dans le service de M. KERAVAL, et où la sclérose en plaques fut combinée à la paralysie générale.

Erythromélalgie suivie de gangrène des extrémités avec autopsie.

MM. LANNOIS et A. POROT (de Lyon). — L'association de l'érythromélalgie et de la maladie de Raynaud est un fait rare en clinique (cas de Mills, Potain, Morel-Lavallée, L. Lévi). En voici un nouvel exemple intéressant par l'autopsie qui a pu être faite.

Une femme de cinquante-cinq ans présentait depuis quatorze ans des phénomènes d'érythromélalgie limités à la main gauche. A la suite de deux petites attaques sans perte de connaissance, elle est d'abord une monoplégie du bras, puis une hémiparésie gauches. A ce moment, la vaso-dilatation de la main fit place à de l'asphyxie locale qui s'étendit simultanément aux deux pieds, tout en étant plus marquée à gauche. Peu à peu le gros orteil gauche se sphacéla et s'élimina. La plaie était en voie de guérison lorsque la malade succomba.

A l'examen, outre le ramollissement cérébral et la sclérose descendante, on trouva, à la partie supérieure de la moelle dorsale et à la partie inférieure de la moelle cervicale, une disparition très nette des cellules de la colonne latérale gauche ou trachéo intermedio-latéralis de Clarke ainsi que des petites cellules de la base de la corne postérieure. Celles qui persistent présentent l'aspect évident d'une atrophie à évolution lente. Il n'y a pas de lésions marquées des nerfs périphériques.

Après avoir passé en revue les diverses théories de l'érythromélalgie (nerveuse, médullaire, cérébrale, névropathique) et tout en tenant compte des incertitudes de l'origine du sympathique, les auteurs croient pouvoir attribuer aux lésions médullaires observées les phénomènes vaso-moteurs de longue durée présentés par leur malade. On sait en effet que c'est aux lésions de cette région que l'on a attribué les troubles vaso-moteurs et sécrétoires du tabes (Pierret), de certaines tumeurs de la moelle (Seeligmüller) et de la syringomyélie (Grasset, Marinesco, etc.).

Sur la pathogénie des obsessions morbides.

M. Serge SOUKHANOFF (Moscou). — Les processus psychiques obsédants sont les manifestations d'une organisation neuro-psychique particulière et congénitale (*constitution idéo-obsessive*) ; ils peuvent s'exprimer en forme de représentations obsédantes, d'idées obsédantes, de peurs obsédantes ou phobies, de désirs obsédants, etc. ; ils sont multiples chez un seul et même individu et jamais isolés ; quelques-uns de ces processus morbides peuvent prévaloir sur les autres. La constitution idéo-obsessive peut se

manifester de différentes façons : 1° ses formes légères s'expriment par *un caractère scrupulo-inquiet ;* 2° dans des cas plus graves, cette constitution se manifeste par des idées obsédantes, des phobies, etc. (*psychopathie*) ; 3° les cas encore plus graves s'expriment sous la forme de psychose, d'idées obsédantes (*psychose idéo-obsessive*). Il va sans dire qu'il existe un grand nombre de formes transitoires se rapprochant l'une ou l'autre de ces trois catégories susmentionnées. Sur le terrain de la constitution idéo-obsessive peuvent être observées des aggravations, sous l'influence de divers états physiologiques (période de puberté, période d'involution, processus puerpéral, etc.), et pathologiques (combinaison avec la mélancolie, surmenage, épuisement, etc.). Parfois, ces exacerbations semblent dépendre de causes endogènes quelconques. L'hérédité homogène et tuberculeuse joue ici un grand rôle. La constitution idéo-obsessive se combine très souvent avec le syndrome neurasthénique et s'accompagne de diverses anomalies sexuelles, mais ces dernières ne sont pas la cause de la maladie en question. Outre les processus psychiques obsédants qui servent de manifestation à la constitution idéo-obsessive, existent encore des processus obsédants symptomatiques, qui peuvent être observés dans différents états psychopathiques (hystérie, épilepsie, démence précoce, etc., etc.). Entre les premiers et les seconds, il y a une différence, pareille à celle qui existe, par exemple, entre la mélancolie et les états mélancoliques. La constitution idéo-obsessive se rencontre, semble-t-il, plus souvent chez les hommes que chez les femmes, qui à leur tour sont plus prédisposées à l'hystérie (*Soukhanoff et Gannouchkine*). Il est possible qu'il faudrait élargir les limites de la constitution idéo-obsessive (*G. Rossolimo*), en y incluant les tics psychiques (*Meige et Feindel*) et certains cas de névrose d'angoisse (*Freud, Hartenberg*). Il serait nécessaire de séparer la constitution idéo-obsessive du vaste groupe des « dégénérescences psychiques » et d'en faire une entité morbide particulière.

Contribution à la classification des monstres encéphaliens. Rôles physiologiques du bulbe chez ces monstres.

MM. A. Leri et Cl. Vurpas. — Nous avons eu l'occasion d'examiner en détail le système nerveux de quatre anencéphales. Deux étaient nés morts et avant terme, l'un à sept mois et demi, l'autre à huit mois et demi ; les deux autres étaient nés vivants et après terme, ainsi qu'il arrive dans l'anencéphalie, ce qui tient probablement à l'absence de compression de la tête sur le segment inférieur de l'utérus ; cette naissance après terme, à dix et onze mois, était prouvée à la fois par l'époque des dernières règles, par le poids énorme des fœtus (4.300 grammes dans un cas, malgré l'absence de tête, alors que le poids moyen d'un enfant normal à la

naissance est de 3.000 à 3.500 grammes) et par le développement exagéré des points d'ossification, en particulier par le gros développement du point épiphysaire inférieur du fémur qui d'ordinaire débute à l'époque de la naissance. Nous avons constaté que les deux sujets nés après terme et vivants (l'un d'eux a même vécu trente-neuf heures) possédaient un bulbe, mais non les parties sus-jacentes. Les très rares cas contraires de monstres n'ayant pas de bulbe et nés vivants que nous avons trouvés dans nos recherches bibliographiques remontent à une époque déjà reculée et prêtent à discussion, car leur histoire est racontée de façon différente par les divers auteurs et parfois même opposée. Nos deux monstres venus avant terme et nés morts n'avaient pas de bulbe. Ces constatations nous permettent de penser que le bulbe est la partie du système nerveux nécessaire et suffisante pour satisfaire aux actes vitaux élémentaires du nouveau-né, et que le système ganglionnaire n'est nullement suffisant, comme on l'a prétendu, à la vie extra-utérine. Comme les altérations de la moelle nous permettent de penser que l'éclatement de l'hydrocéphalie infectieuse, cause à notre sens de l'anencéphalie, remontait déjà à une période éloignée, et comme d'autre part l'état de conservation parfaite des fœtus indiquait que la mort remontait à peu de temps, comme même chez l'un d'eux les bruits du cœur avaient été entendus le jour de l'accouchement, nous pensons que le bulbe n'est pas nécessaire au développement fœtal, jusqu'à une période très tardive de la vie intra-utérine ; peut-être devient-il nécessaire pour la continuation de cette vie jusqu'à la fin de son terme normal et plus probablement, jusqu'au delà de son terme ? Le système ganglionnaire seul ne paraît de la sorte pas devoir suffire, comme on l'a prétendu, à l'existence de la vie extra-utérine. Par conséquent le bulbe joue, croyons-nous, un rôle physiologique de premier ordre dans l'évolution biologique des anencéphales. Il nous semble donc nécessaire de faire appel aux données de la physiologie dans la classification purement anatomique de Geoffroy Saint-Hilaire, admise jusqu'ici, et de donner une place à côté des anencéphaliens et des pseudencéphaliens, qui n'ont ni moelle, ni cerveau, et de ceux qui n'ont qu'une moelle, aux sujets qui possèdent un bulbe et que nous proposons de dénommer *bulbanencéphales*.

Troubles de la sensibilité dans les états neurasthéniques et mélancoliques.

Professeur Dubois (Berne). — Une hyopesthésie dans le domaine de la huitième paire cervicale ou de la première dorsale a suffi à certains cliniciens pour confirmer le diagnostic de paralysie générale. C'est là une erreur. Au cours des psycho-neuroses on rencontre des troubles analogues. Trois cas de neurasthénie ayant

présenté des anesthésies ainsi que des modifications des réflexes et suivis néanmoins de guérison.

Principes d'une psychothérapie rationnelle.

Professeur DUBOIS (Berne). — La psychothérapie qu'exerce le médecin ayant du tact et de la bonté est vieille comme le monde. La psychothérapie par hypnotisation est à rejeter parce qu'elle exploite et entretient la crédulité humaine d'ordre psychologique inférieur. Ce que l'on obtient par l'hypnose, on peut l'obtenir par la persuasion loyale, par l'éducation de l'esprit, par l'orthopédie morale. C'est là la psychothérapie rationnelle. Il faut donner confiance au malade en lui montrant, par un examen méthodique, qu'il n'a pas de lésions organiques, qu'il guérira. Il faut l'encourager moralement. L'affection psychique doit être guérie par un traitement psychique. C'est aussi l'opinion de Pinel.

La visite des sources de Spa a été faite ensuite et les Congressistes ont été reçus en un banquet final offert par la municipalité de Spa. Tous les congressistes conserveront le meilleur souvenir de leur réception à Spa, tant de la part de la municipalité que de leurs confrères qui ont mis la plus grande complaisance à les guider et à les renseigner. (*A suivre.*)

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 avril 1903. — PRÉSIDENCE DE M. BALLET

Rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture, au nom de M. Prou, d'une communication sur le rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale, d'où il résulte que les organes interviendraient pour une part importante dans les actes psychiques. Il ne saurait, en effet, en être autrement, puisque la vie végétative régit la nutrition des centres nerveux supérieurs comme celle de tous les autres systèmes.

Sur un cas de délire de Médiumnité.

MM. BALLET ET DHEUR communiquent l'observation d'un malade qui a été en proie à un délire des plus intenses, reposant unique-

ment sur des troubles cérébraux en tout point analogues à ceux que l'on observe chez les médiums; l'état mental des « aliénés » de ce genre semble n'être que l'exagération, le grossissement de l'état mental propre à tous les médiums.

Lorsqu'on etudie, en effet, au point de vue de sa physiologie pathologique, l'état mental d'un médium, on voit qu'il résulte d'une désagrégation plus ou moins complète de la personnalité avec intervention des phénomènes subconscients et hallucinations consécutives.

Que le médium fasse marcher une table, qu'il écrive automatiquement, qu'il entende une voix, il attribue toujours à un être imaginaire des phénomènes dont la plus grande part revient à une personnalité seconde qui existe en lui et qu'il ignore.

Or, ce qu'on observe chez les médiums, c'est aussi ce qu'on observe considérablement grossi chez des médiums (semblables à celui de l'observation) qui obéissant aveuglement à l'esprit, fait des tentatives : suicide et homicide, se livrent à des actes extravagants les plus variés et passent avec raison pour de véritables aliénés. Cependant, il n'y a aucune différence fondamentale entre le trouble mental et celui des médiums ordinaires.

Délire hallucinatoire, avec idées de persécution, consécutif à des phénomènes de médiumnité.

MM. Ballet et Monier-Vinard donnent lecture des remarques suivantes : Chez le malade dont l'observation a été présentée, aux phénomènes ordinaires de l'état médiumnique (communication avec les esprits, écriture automatique) se sont surajoutées : des hallucinations extrêmement intenses de tous les sens, et plus particulièrement de la vue et de l'ouïe. Leur variété, leur mobilité sont extrêmes. Mais en outre, la tendance au dédoublement de la personnalité consciente qui caractérise tout médium s'est progressivement accentuée, et maintenant le malade rappelant en cela le visionnaire Sovedenborg, effectue de nombreux voyages dans les astres. Il parcourt surtout la planète Saturne, et par écrit, il donne le récit de ses excursions, décrivant le pays, le langage, les mœurs de ses habitants. Des idées de persécution se sont développées aussi. La débilité mentale du sujet est le facteur étiologique de tous ces troubles.

M. Ballet fait remarquer combien cette observation est intéressante au point de vue de la psycho-physiologie des médiums.

M. Boissier a observé un cas analogue dont il donnera la description complète dans une séance ultérieure.

M. Christian. — Les observations de médiumnité ressemblent toutes, plus ou moins, aux observations de démonomanie publiéee par Esquirol, Michéa, Calmeil et qu'on retrouve dans la Vie des

Saints. Si les demonomaniaques n'allaient pas visiter Saturne, ils allaient au Sabbat ce qui est un voyage de même nature.

M. Ballet partage l'opinion de M. Christian. Ce qui est à retenir de l'observation communiquée, c'est que chez les médiums, il y a une grande tendance à la désagrégation de la personnalité, ce qui détermine des hallucinations des divers sens.

L'œdème fugace dans la Paralysie générale.

MM. Klippel et Vigouroux présentent trois observations de paralytiques généraux, qui bien que n'étant ni cachectiques, ni cardiaques, ni brightiques, ni diabétiques ont présenté de l'œdème fugace.

Cet œdème fut unilatéral occupant chez l'un la jambe, chez un autre il était symétrique et de même siège ; chez le troisième, il occupait les deux jambes et se manifesta au niveau du dos des deux mains. C'était un œdème mou, blanc, indolore gardant l'empreinte du doigt. Il fut intermittent, d'une durée de trois à cinq jours. La station debout a semblé une condition favorable à son développement, la marche et le repos le faisaient disparaître.

Les trois observations se rapportent à des paralytiques généraux avérés à une période peu avancée de leur maladie.

Quelle est donc l'origine de cet œdème, les auteurs écartent l'œdème inflammatoire, l'œdème cardiaque, brightique, diabétique, l'œdème cachectique ne peut être mis en cause. Chez les paralytiques généraux à la période de cachexie, l'œdème permanent s'accompagne d'un ensemble de troubles vaso-moteurs et trophiques dus à l'altération des centres nerveux.

Cet œdème précoce montre une défaillance intermittente du système nerveux et traduit l'action de l'infection sur les centres vaso-moteurs, qu'elle se fasse sentir dans les ganglions du sympathique, dans la moelle, dans le bulbe ou au niveau même de l'écorce cérébrale.

La précocité de l'apparition de l'œdème permet même d'admettre qu'il faut rapporter ce symptôme à l'encéphalite et que le point de départ de la vaso-paralysie est dans l'écorce au niveau des centres moteurs des membres.

La physiologie n'y contredit pas ; on sait, en effet, que les centres moteurs des membres sont susceptibles d'influencer la circulation des mêmes parties.

Il est logique d'admettre que avant d'être atteint dans son entier, le système vaso-moteurs est d'abord altéré dans ses centres les plus fragiles, de même que dans le système de la vie de relation ce sont les muscles striés dont les mouvements sont les plus délicats qui sont les premiers atteints (muscles des lèvres et de la face, doigts, etc.) Plus tard les vaso-paralysies s'accusent jusque

dans les viscères en produisant le foie, le rein, le poumon vaso-paralytiques.

M. Toulouse pense que l'interprétation de ces faits est la même que celle des cas de dermographisme qu'on observe parfois dans la paralysie générale.

M. Trénel a communiqué dernièrement l'observation d'une malade chez laquelle un œdème transitoire avait précédé la paralysie motrice des deux bras.

M. Arnaud ne croyait pas qu'on pût constater ce symptôme au début de la paralysie générale ; mais il l'a observé très fréquemment à des périodes plus avancées de la maladie. Marcel Briand.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

L'hérédité influencée.

M. Podiapolsky (de Saratow). — rapporte de nombreux faits d'impressions maternelles sur le fœtus; il discute la part d'auto-suggestion qri peut entrer dans les faits dits de télégonie chez l'homme et chez l'animal.

Troubles utérins guéris par la suggestion hypnotique; observations d'orthopédie morale.

M. Bourdon (de Méru). — La puissance dynamogénique ne doit pas être seulement réservée aux maladies nerveuses et mentales; elle a sa place dans le traitement de certains troubles fonctionnels des divers organes, aussi bien qu'en pédagogie et en orthopédie morale. On ne saurait trop recommander la psychotérapie dont les applications s'étendent sans cesse.

Le trac des artistes et son traitement hypnotique.

M. Paul Joire (de Lille). — Etudie la psychologie du trac chez les artistes; il en expose les modalités. les causes, les aboutissants; il montre par de nombreuses observations que le traitement héroïque du trac des artistes est la suggestion hypnotique.

M. Berillon. — Je traite, moi aussi, depuis fort longtemps, le trac des artistes par la suggestion hypnotique. J'applique à ce sujet une méthode rigoureuse dont voici les temps principaux :

1° Provoquer l'état d'hypnotisme, c''est-à-dire un état physiologique caractérisé par la diminution des diverses activités de l'esprit et par l'augmentation de l'automatisme psychologique.

2° Procéder par des suggestions d'ordre général à la rééducation de la volonté du malade et à la formation de son caractère.

3° Réaliser par des suggestions particulières la représentation mentale des conditions dans lesquelles se manifeste le trac.

4° Lorsque ces suggestions ont reproduit artificiellement l'état anxieux, neutraliser les images génératrices de l'anxiété et arriver à accoutumer l'esprit à les supporter sans émotion.

Considérations psychologiques sur l'hystérie dans l'armée.

M. Lux. — Expose le tact, la méthode, la précision et l'humanité que déploient les médecins militaires en présence d'un soldat hystérique et les moyens de traitement efficaces qu'ils mettent en œuvre.

Le traitement psychologique du bégaiment mental.

M. Berillon. — Un grand nombre de névropathes se plaignent d'éprouver une grande difficulté à écrire quand on les regarde. Ils n'arrivent à tracer les caractères de l'écriture qu'après des hésitations très pénibles. Il nous a paru qu'il y avait une analogie très marquée entre ce bégaiement de l'écriture, c'est-à-dire du langage écrit et le bégaiement du langage parlé.

L'état de conscience dans lequel se manifestent ces troubles nerveux repose sur deux éléments principaux : l'aboulie et l'émotion. Le bégaiement est mental avant d'être moteur.

Le seul traitement rationnel de ces états de conscience est la suggestion hypnotique tendant à la réduction systématique de la volonté.

Communications diverses.

M. Jules Voisin. — Un cas d'hémiplégie hystérique datant de cinq ans. Guérison par la suggestion hypnotique. M. Paul Magnin. — Interprétation d'états hyonotiques survenus spontanément chez les hystériques. M. Henry Lemesle. — Organisation du hypneum. M. Pau de Saint-Martin. — Présentation d'un appareil pour l'hypnotisation. M. Doyen. — L'état mental des opérés. M. Demonchy. — Paralysie vésicale, de nature hystérique traitée avec succès par une intervention suggestive. M. Aragon. — Psychopathies d'origine utérine. M. de Bourgade. — Influence des fermentations digestives sur le caractère et les états mentaux.

BIBLIOGRAPHIE.

XV. *Psychopathologie légale*, T. I : *La psychologie criminelle;* par le professeur Kovalevsky. Paris, Vigot frères, 1903.

Ce livre est nouveau et correspond à un besoin résultant de l'évolution actuelle de la science pénale : il est conforme aux données modernes de la psychiatrie criminelle. L'auteur s'est constamment préoccupé dans le choix des matières des besoins des lecteurs, médecins, neuropathologistes, magistrats, anthropologistes, que leurs travaux amènent à faire une incursion sur le domaine de la médecine légale et de la psychologie criminelle.

Ce n'est qu'un premier volume, mais il en aura d'autres afin de comprendre tout ce que la science criminaliste revendique comme son domaine. Avant d'énumérer les principaux chapitres constatons que le texte est parfois un peu confus; on eût aimé à voir des développements moins importants qui empêchent parfois de saisir franchement les conclusions de l'auteur. Mais ce ne sont que des critiques insignifiantes en comparaison des documents de premier ordre amassés dans ces 350 pages, où sont successivement étudiées les questions suivantes : Chapitre I. Evolution de la théorie du criminel-né. — Chapitre II. Causes de la criminalité. — Chapitre III. Symptomatologie générale de la criminalité. — Chapitre IV. Symptomatologie spéciale de la criminalité. — Chapitre V. L'homme criminel assassin. — Chapitre VI. Les criminels-nés voleurs. — Chapitre VII. Le vagabondage. — Chapitre VIII. La femme criminelle et la fille publique. — Chapitre IX. La pathologie de la criminalité. — Chapitre X. L'insanité morale. — Chapitre XI. Caractère hystérique. — Chapitre XII. Caractère épileptique. — Chapitre XIII. La lutte contre la criminalité.

G. Paul-Boncour.

XVI. *Ueber die Wirkunger der Castration*, par P. J. Möbivs (de Leipzig). *Beiträge zur Lehre von den Geschlechts-Unterschieden*, 1903.

L'auteur trace un tableau intéressant et complet des différentes *modifications amenées par la castration.*

Une première partie, consacrée à l'*Historique*, nous montre l'origine de la castration dans les premiers âges (castration des vaincus, des esclaves, des animaux domestiques), chez les premiers chrétiens, chez les Arabes et les Chinois, en Italie ; les rapports des voyageurs dans l'Inde, en Chine et en Egypte sont rapprochés

de l'étude de Pelikan sur les Skoptzys (Voir l'intéressant article de E. Teinturier, sur les Skoptzy. *Progrès médical*, 1876, basé précisément sur l'étude de Pelikan) et des effets bien connus, et variant suivant l'âge du sujet, de la castration chirurgicale, telle qu'on la pratique de nos jours. Enfin une étude étymologique des différents termes concernant la castration (Eunuque, Thladios ou Thlibios, Castor, etc.) et de leur signification précise termine cette première partie.

Dans la seconde partie se trouvent exposés les différents *effets de la castration* : les modifications des organes génitaux, — du squelette, — de la graisse, — de la peau et de ses dépendances, — des muscles, glandes et viscères, — du larynx, — du crâne, de l'encéphale et des fonctions intellectuelles sont soigneusement et tour à tour étudiés chez les hommes, chez les femmes et chez les animaux.

Plus particulièrement nous retiendrons le chapitre concernant les *modifications du squelette* chez les eunuques, les femmes et les animaux, auxquels les travaux récents de P. E. Lannois et Pierre Roy sur le gigantisme infantile et la persistance des cartilages de conjugaison en rapport avec l'atrophie testiculaire (Soc. de Biologie, 10 janvier 1903) donnent un intérêt d'actualité.

L'auteur rappelle les faits bien connus des grands eunuques aux longues jambes, observés par les voyageurs, les mensurations des Skoptzy (Merschejewsky), des squelettes d'eunuques (Ecker), et l'allongement du train postérieur obtenu sur les animaux par la castration de convenance ou expérimentale (Poncet). Déjà Becker avait parlé du retard d'ossification des cartilages, cause de cet allongement disproportionné des membres postérieurs ; mais c'est surtout Sellheim qui constata chez un bœuf de près de quatre ans l'existence d'un cartilage d'environ deux millimètres à l'extrémité inférieure du fémur, alors que chez un taureau de même race et de même âge l'ossification était complètement achevée. Sellheim également a obtenu un allongement semblable du train postérieur chez les chiennes castrées.

Tous ces faits ont été confirmés expérimentalement par Poncet et ses élèves (Pirsche. *Thèse de Lyon*. Déc. 1902) et cliniquement par les études de P. E. Lannois et Pierre Roy sur les géants infantiles.

P. R.

REVUE DES THÈSES DE BORDEAUX 1902

Par le Dr de Perry.

XVII. *Névroses et paludisme;* par le Dr Commeléran.

Le paludisme est uni par des liens étroits, aux névroses : hystérie, épilepsie, neurasthénie.

Le paludisme pourrait, d'après l'auteur, amender une hystérie

préexistante, mais cette action serait tout à fait exceptionnelle. Il peut aussi réveiller l'hystérie latente ou l'aggraver si elle est en cours de manifestations. Enfin il peut provoquer l'éclosion de cette névrose chez des sujets jusqu'alors indemnes, qui sont des prédisposés névropathes, dont quelques-uns ne présentent aucune tare héréditaire ou personnelle. Cette hystérie paludéenne jouerait un rôle dans la production de quelques paralysies post-paludiques et de certains accès pernicieux convulsifs.

Dans l'épilepsie, le paludisme peut amener la suspension momentanée ou même définitive des accès. Il peut aggraver une névrose bénigne, et même réveiller une épilepsie latente endormie depuis des années. Le rôle de l'infection paludique serait même plus néfaste car elle serait capable de créer la névrose chez des sujets qui n'en étaient point atteints.

Comme pour les autres névroses le paludisme peut aggraver ou réveiller une neurasthénie préexistante, ou bien la créer de toutes pièces.

Les caractères de cette neurasthénie sont les suivants : 1° fréquence des troubles vaso-moteurs; 2° intensité de l'amyosthénie; 3° périodicité des symptômes; 4° fréquence des complications délirantes; 5° présence de l'hématozaire; 6° curabilité des accidents par la quinine, au moins au début de la maladie.

Ces névroses peuvent s'associer entre elles. Elles peuvent de plus s'accompagner de troubles psychiques, qui sont ceux de toutes les psychoses toxiques, c'est-à-dire essentiellement représentés par de la confusion mentale et du délire onirique.

XVIII. *Etude sur la cécité hystérique ou amaurose hystérique totale ou bilatérale*; par le Dr KERNEIS.

La cécité hystérique, ou perte complète absolue de la vision des deux yeux est un accident rare, plutôt fréquent chez la femme. Le mode d'apparition ou de disparition des attaques de cécité, leurs causes provocatrices rappellent en tous points les autres accidents hystériques. Les malades de ce genre sont complètement aveugles et n'ont même plus la perception de la lumière à l'examen ophtalmologique; dans les cas simples, on ne constate absolument rien d'anormal. L'auteur étudie le diagnostic généralement aisé, parfois difficile dans les cas de simulation. Lle pronostic et le traitement sont ceux de l'hystérie.

XIX. *Recherches sur la descendance des tabétiques*; par le Dr RAILLARD.

Les recherches ont porté sur 348 observations. Voici les conclusions de l'auteur. Dans le tabes le sexe masculin est plus fréquemment atteint dans la proportion 3 à 1. La syphilis peut être incri-

minée dans 43 p. 100 des cas. Sur 100 tabétiques, 31 n'ont aucune descendance : 2 ont une descendance maladive; 67 une descendance saine. On observe plus fréquemment des familles à un seul ou à deux enfants.

XX. *L'observation médicale chez les écrivains naturalistes*; par le Dr Ségalen.

Etude des procédés d'investigation scientifique employés par les écrivains naturalistes. De ce travail il résulte que les qualités de cette école, impartialité, véracité, précision, peuvent être groupées sous un même vocable. Quant aux écrivains naturalistes, ils méritent d'être dénommés cliniciens ès lettres.

XXI. *Etude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique (méthode de Brissaud et méthode de Pitres)*; par le Dr Cruchet.

Nous ne revenons pas sur ce travail très complet dont il a été très longuement parlé dans les *Archives*.

XXII. *L'état mental des parricides* (étude médico-légale); par le Dr Asselin.

Les crimes de parricide, de violences graves contre les ascendants sont malheureusement très fréquents. Ce sont invariablement des dégénérés qui les commettent. En général, les facteurs de violences contre les ascendants et du parricide, sont l'inaffectivité et l'impulsivité, stigmates les plus importants de la dégénérescence.

M. Asselin étudie un grand nombre de faits médico-légaux qui font ressortir l'état mental des parricides, caractérisé par l'irresponsabilité. Aussi trouve-t-on peu de parricides condamnés à la peine capitale, presque tous passent par l'asile d'aliénés. C'est là en effet la vraie place du parricide. L'auteur réclame la création de l'asile-spécial destiné à recevoir les irresponsables particulièrement dangereux.

Il faut aussi se préoccuper de la prophylaxie particulière, empêcher le dégénéré de devenir parricide. Le vrai moyen de pratiquer la limitation de ces crimes, se trouve dans l'orthopédie psycho-morale du dégénéré. L'on n'arrivera à ce résultat désirable qu'en instituant pour eux des établissements médico-pédagogiques spéciaux.

XXIII. *Les troubles du sommeil dans les névroses*; par le Dr Damelon.

L'auteur passe en revue successivement les trois grandes névroses, épilepsie, hystérie, neurasthénie afin d'y étudier les modalités du sommeil. Dans l'épilepsie, les malades dorment et leur

sommeil est lourd et profond. Ils ne rêvent pas, mais parfois ils ont des cauchemars caractérisés souvent par la vision du rouge (objets rouges ou tableaux où le sang ruisselle).

Les hystériques dorment, mais d'un sommeil léger ; leurs rêves sont fréquents et influent sur l'état de veille. Il peut arriver que chez certains malades des accès nocturnes soient la première manifestation de la névrose.

Quant au neurasthénique, si on l'en croit, il ne dort pas. Le sommeil chez lui est très variable. L'insomnie est typique telle qu'il ne sait pas au juste s'il dort ou veille. Ces malades ne rêvent que rarement, et éprouvent au réveil une grande lassitude caractéristique. Enfin dans les cas où les névroses se trouvent associées, les troubles du sommeil varieront suivant la névrose prédominante.

XXIV. *De la neurasthénie sénile*; par le Dr GRIMAUD.

A côté de la neurasthénie classique de l'âge adulte, à côté de la neurasthénie infantile, actuellement démontrée, il existe une neurasthénie spéciale à la vieillesse. Cette neurasthénie sénile peut atteindre des sujets ayant eu antérieurement des accès de la maladie de Beard, ou même survenir d'emblée chez un vieillard.

La symptomatologie de cette forme ne diffère guère de celle de la neurasthénie des adultes : les symptômes sont peut être plus atténués, et la tendance aux idées fixes hypochondriaques plus marquée.

Comme l'a montré Régis, la neurasthénie sénile a des rapports très étroits avec l'artério-sclérose généralisée. Ces deux syndrômes coexistant marchent de pair, s'accentuent parallèlement et les malades, lorsqu'ils succombent meurent en artério scléreux. De ces données clairement démontrées par l'auteur, on peut conclure avec lui que la neurasthénie sénile est curable, en s'attaquant à l'artério-sclérose. Dans les cas sans ressources les malades aboutissent au ramollissement.

VARIA.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Suicide d'un soldat. — En proie à un accès de mélancolie incurable, un jeune caporal du 89e de ligne, Pierre Van Mael, âgé de vingt-deux ans, engagé volontaire, caserné au fort de Charenton, s'est donné la mort en se tirant dans la tête, alors qu'il était seul dans la chambrée, une balle de son fusil Lebel. Le projectile après

avoir traversé la boîte crânienne, est allé se perdre dans le mur de la pièce. On dit que *le malheureux donnait, depuis quelque temps, des signes de troubles cérébraux.* (*L'Aurore* du 13 août 1903.)

Suicide. — Mercredi matin, dit le *Progrès de Lyon* du 25 juillet, M[me] veuve Goudet, ancienne infirmière au lycée de Montluçon, s'est jetée par la fenêtre de son appartement, et s'est tuée sur le coup. Cette femme donnait *depuis quelque temps* des signes de dérangement cérébral.

Ces faits montrent une fois de plus la nécessité de placer dans les asiles, *dès le début*, les malheureux atteints d'aliénation mentale, de même qu'on place dès le début, dans les hôpitaux, les *blessés* et les personnes atteintes de *maladies* aiguës. Un *asile d'aliénés*, ainsi que nous le répétons depuis plus de vingt-cinq ans, doit être considéré comme un *hôpital*.

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mouvements de juin et juillet.* — M. le D[r] DODERO, médecin adjoint à Saint-Ylie (Jura) promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le D[r] CHARDON, directeur médecin à l'asile d'Armentières, promu à la 2[e] classe du cadre. — M. le D[r] TERRADE médecin-adjoint, à Prémontré (Aisne), nommé en la même qualité, à la Charité (Nièvre). — M. le D[r] AUBRY, 5[e] du Concours d'adjuvat nommé médecin-adjoint à Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le D[r] Musin, mis en disponibilité sur sa demande. — M. le D[r] LALLEMAND, directeur médecin à Quatre-Mares (Seine-Inférieure), porté à la classe exceptionnelle du cadre à dater du 1[er] septembre 1903. — M. le D[r] LWOFF, médecin en chef à Ainay-le-Château (Allier), promu à la 1[re] classe du cadre à dater du 1[er] juillet 1903. — M. le D[r] CHOCREAUX, médecin-adjoint à Alençon, nommé directeur médecin à la Charité (Nièvre) en remplacement de M. le D[r] Faucher admis à faire valoir ses droits à la retraite. — M. le D[r] WAHL, médecin-adjoint à Saint-Ylie, nommé médecin-adjoint à Auxerre, en remplacement du D[r] Mignot, mis en disponibilité sur sa demande. — M. le D[r] COULONJOU, 6[e] du concours, nommé médecin-adjoint à Alençon en remplacement du D[r] Chocreaux, promu. — M. le D[r] PARANT, 7[e] du concours, nommé médecin-adjoint à Prémontré (Aisne), en remplacement du D[r] Terrade, nommé à la Charité (Nièvre). — M. le D[r] BELLETRUD, directeur-médecin à Pierrefeu (Var), nommé à la classe exceptionnelle du cadre. — M. LIGIER, directeur à Montdevergues, nommé à la 1[re] classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Jacquin, médecin-adjoint à Bordeaux, est nommé officier d'Académie.

Mouvement d'août 1903. — M. le Dr Trenel, médecin-adjoint à Saint-Yon (Seine-Inférieure), nommé médecin-adjoint des Colonies familiales de la Seine. — M. le Dr Brunet, médecin-adjoint à Moulins, nommé à l'asile Saint-Yon. — M. le Dr Vernet, 8e du concours d'adjuvat, nommé médecin-adjoint à Moulins.

Asile public d'aliénés de Clermont (Oise). — Deux places d'interne en médecine sont actuellement vacantes à l'Asile des Aliénés de Clermont. Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants : Indemnité annuelle : 800 francs, logement, nourriture, blanchissage, éclairage et chauffage. Conditions : Nationalité française, 16 inscriptions valables pour le Doctorat en médecine, certificat de bonne vie et mœurs. Adresser les demandes à M. le Directeur de l'Asile de Clermont.

Faculté de médecine de Paris. — *Chef de clinique des maladies nerveuses.* — M. Guillain ; chef adjoint, M. Constensoux.

Suicide d'un adolescent. — Eugène Verger, 15 ans, s'est pendu dans la grange du sieur Guerrier, propriétaire à Saint-Gatien-des-Bois, près Honfleur, chez lequel il était domestique. On ignore les causes qui ont motivé cet acte de désespoir. (*Bonhomme Normand*, 22 août.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Bourneville. — *Rapports de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine*, en 1902. — Musée d'assistance des aliénés ; — Affaire de l'internat des asiles ; — Quartier d'épileptiques à Villejuif ; — *Classes spéciales pour les enfants arriérés* en Amérique, en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, en Danemark ; — Comptes et budgets de l'asile de Villejuif ; — Société de patronage ; — Rapport sur la transformation de la *tenue d'été des infirmiers* des asiles ; — Distractions aux malades ; — Rapport sur les travaux du Congrès des aliénistes et neurologistes de Grenoble ; — Rapport sur une visite aux asiles de Moulins, La Charité et Auxerre. In-4° de 112 pages.

Leredde (E.). — *La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale.* 1 vol. in-8° de 137 pages. Librairie C. Naud, 3, rue Racine. Prix : 3 fr. 50.

Raymond. (F.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1900-1901). 1 vol. in-8° de 650 pages. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon. Prix : 16 francs.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 8-1903.

Vol. XVI. Octobre 1903. N° 94.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

MÉDECINE LÉGALE.

Rapport sur l'état mental du nommé D..., inculpé d'outrages ;

Par le Dr RAYNEAU.

Le rapport ci-dessous m'a paru intéressant à publier parce qu'il relate l'odyssée d'un malade qui, depuis vingt ans, a déjà été examiné par une dizaine de confrères sans qu'il ait été possible de le mettre hors d'état de nuire par suite des défectuosités de la loi et de l'absence d'un asile spécial où il puisse être maintenu, sinon définitivement, du moins un temps suffisant pour modifier son caractère.

Je soussigné Rayneau James, médecin en chef de l'asile d'aliénés, membre correspondant de la Société médico-psychologique, commis par ordonnance de M. Alexandre Pommier, juge d'instruction pour l'arrondissement d'Orléans, en date du 18 décembre 1902, à l'effet d'examiner l'état mental du nommé D..., représentant de commerce, inculpé d'outrages à un magistrat... ai consigné dans le présent rapport les résultats de mon examen.

Tout d'abord je ferai remarquer que D... a été interné à deux reprises différentes, qu'il a été successivement l'objet de dix expertises médico-légales, sans compter les examens sommaires auxquels il a été soumis par les docteurs Legrand du Saulle, Bergeron, et Paul Garnier, pendant les séjours qu'il a faits à Mazas, ou à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Il m'a donc paru particulièrement intéressant et utile de reconstituer entièrement l'odyssée de cet individu, de relater la série si nombreuse de ses méfaits, afin de faire ressortir la caractéristique de son état mental et d'étayer mes conclusions sur des bases solidement établies.

D... est âgé de quarante et un ans. D'une haute stature, un mètre quatre-vingt-dix, vigoureux, il est porteur de quelques stig-

mates de dégénérescence physique : faux trait de la vue, asymétrie faciale.

Au point de vue héréditaire il y a lieu de noter que le père, officier de cavalerie, était d'un caractère violent et emporté. Lorsqu'il eut pris sa retraite, sa conduite privée qui, jusque là, avait été irréprochable devint fort irrégulière et sa femme fut obligée de demander la séparation.

Madame D..., mère, est âgée de 80 ans. Elle jouit d'une santé excellente et son intelligence est intacte. Elle est d'une activité extraordinaire pour son âge et sa mémoire la sert encore admirablement, mais pour excuser son fils, elle recourt volontiers aux mêmes arguments que lui, vantant sans cesse l'honorabilité de sa famille, les services militaires de ses ancêtres, etc., etc... A tout propos elle fait intervenir la croix de son mari, évitant de répondre aux questions précises qui lui sont posées, mais se lançant à perte de vue dans des digressions qu'elle juge susceptibles de nous impressionner favorablement vis à vis de l'inculpé. Elle répète les mêmes mensonges que son fils, supposant que ses affirmations suffiront à nous convaincre de leur véracité. Quelques respectables que nous paraissent les sentiments qui l'animent, nous devons à la vérité de constater que dans ses récits comme dans les lettres qu'elle écrit aux magistrats et aux experts, elle présente dans sa façon de parler une quantité d'expressions que l'on retrouve constamment dans le langage de son fils. C'est un fait qui a déjà frappé plusieurs personnes et un des précédents experts, le docteur Rist, de Versailles, a bien su faire ressortir que D... avait en partie hérité de sa mère sa faconde et sa verbosité [1].

Deux tantes à D... du côté paternel ont été atteintes de troubles mentaux. L'une d'elles a été internée à l'asile de Clermont. L'autre surveillée chez elle par son mari n'était guère plus capable de se conduire.

D... n'a jamais eu de maladie grave soit dans l'enfance, soit dans l'âge mûr. Point de convulsions, point de fièvre typhoïde mais il a été pendant longtemps assez chétif.

Ayant peu de goût pour l'étude, il a d'abord été placé au collège des Maristes de Riom, puis il a suivi son père en Afrique, et là, il aurait pris une insolation qui l'empêcha de finir ses études.

A dix-huit ans, il s'engagea au 6e cuirassiers à Paris, chaude-

[1] Depuis l'entrée de D... dans le service, le caractère spécial de sa mère s'est donné libre cours; ne cessant d'adresser aux pouvoirs publics des réclamations pour demander son élargissement, elle voudrait venir lui rendre visite tous les jours si on l'y autorisait; au lieu de chercher à calmer le malade, elle ne fait que l'exciter davantage en déblatérant contre le personnel de l'asile ou en se plaignant de la mesure qui a été prise à son égard.

ment recommandé par son père, ami du colonel. Peu dégourdi, d'une allure chaste et mystique, il fut victime de quelques brimades. Il les subit d'abord sans mot dire, mais au bout de cinq mois il en avait assez. Un jour sans prévenir personne il désertait brusquement pour aller se réfugier au couvent de la Trappe, dans la Mayenne, où après un séjour de quatre mois deux religieux le ramenèrent à Paris. Mis en observation au Val de Grâce avant sa comparution au Conseil de guerre, il bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut immédiatement réformé à la suite d'un rapport médico-légal, le jugeant irresponsable, comme atteint d'imbécillité suite d'insolation. Pendant son séjour à l'Hôpital militaire il avait fait une tentative de suicide par pendaison (août 1881).

En 1882, nous le retrouvons Contrôleur de la Compagnie des Omnibus. Un soir pendant une représentation à l'Opéra, il siffle le ténor Lorrain et lance sa lorgnette sur la scène.

Interrogé, il déclare qu'il a fait cette manifestation parce que l'interprétation était insuffisante. Le lendemain il se présente chez l'artiste en se donnant comme compositeur de musique et déclare au domestique que si son maître reparaît sur la scène, il le tuera d'un coup de révolver.

Le D[r] Legrand du Saulle qui l'examina à cette époque admit que cette crise d'excitation s'était produite sous l'influence de l'alcool et D... fut rendu à ses parents. Peu après, il fut renvoyé de la Compagnie des Omnibus pour préjudice causé à la Compagnie en distribuant des franchises à des voyageurs. Après un séjour de quelque temps chez les Chartreux, il revint à Paris et nous le voyons en 1886 déposer une plainte à un Commissaire de police à propos d'une prétendue attaque dont il aurait été l'objet. Les jeunes gens qu'il accusait n'eurent pas de peine à démontrer l'inanité de la plainte et la mère de D..., interrogée au cours de l'enquête, déclara sans hésitation que son fils était fou, s'appuyant sur ce que par certains moments il se croyait poursuivi par des malfaiteurs tandis que parfois il s'imaginait être atteint de la rage.

Le 15 décembre 1887, le tribunal de la Seine le condamne par défaut à un mois de prison pour escroquerie, alors qu'il est l'objet d'un mandat d'arrêt du parquet de Nancy pour abus de confiance.

Dans la suite, sa femme ayant désintéressé ses créanciers, il bénéficia d'un acquittement pour ces deux affaires. C'est en effet dans cette même année 1887 qu'il a contracté mariage. Cette union n'a pas été heureuse. Dès le début sa femme s'est aperçue qu'il avait l'esprit troublé. A jeun il n'était pas méchant, mais il avait la passion de l'absinthe et lorsqu'il avait bu, il faisait des scènes abominables.

Dès 1888, il l'accable de mauvais traitements, l'accusant d'avoir des amants et un jour, sans motif, il menace de jeter dans l'esca-

lier un de ses co-locataires qu'il soupçonnait d'avoir des relations avec elle.

Il dût être conduit à l'Infirmerie du Dépôt, où il resta trois jours. Le Dr Garnier le considéra comme un persécuté alcoolisé avec périodes d'excitation. Il admettait que son état ne nécessitait pas un internement immédiat. mais qu'on serait obligé de l'enfermer s'il continuait à boire. D... promit d'être sobre et sa femme touchée par son repentir et par les supplications de sa famille abandonna l'instance en divorce qu'elle avait introduite contre lui,

En 1888, un ancien officier de son régiment, le duc de L... le rencontre aux Champs-Elysées. Le voyant sans emploi il lui offre une place de garde chasse en Sologne. D... est immédiatement pénétré de l'importance de son rôle et avant même d'avoir été assermenté il s'intitule régisseur de la famille de L... C'est de là que datent ses premiers démêlés avec la justice. Quelques jours après son arrivée dans la propriété, sans même attendre un permis de chasse, il sort armé d'un fusil et accompagné d'un autre garde, il se rend au village voisin où il fait force libations dans lesquelles l'absinthe entre pour une large part. En regagnant son domicile, D... est fort excité, il a des hallucinations. Tandis que son camarade ne remarque rien d'extraordinaire, il croit voir des bêtes fauves et tire deux coups de fusil à travers bois. Plus loin ce sont des braconniers qui, soi-disant, attirent son attention, et, il envoie au hasard deux autres coups de feu. Attiré par le bruit le garde d'une propriété voisine lui fait des remontrances. Il n'en faut pas davantage pour le mettre hors de lui. Il tombe à bras raccourcis sur son interlocuteur et l'assomme à moitié. Condamné par défaut à trois mois de prison, il fait appel du jugement et c'est alors qu'il est examiné par le docteur Doutrebente, médecin en chef de l'asile de Blois.

Notre confrère le considère comme un déséquilibré, incapable de tout travail suivi, vantard, pusillanime et alcoolique avec idées mystiques. C'est, dit-il, un dévoyé de l'ordre mental placé sur les limites qui séparent la raison de la folie, relevant autant du médecin que du criminaliste et méritant à ce titre la plus large indulgence. Aussi le tribunal ne lui inflige-t-il que cinquante francs d'amende.

En décembre de la même année, il est amené au Dépôt de la Préfecture de police. Il vient de faire à sa femme des scènes de jalousie épouvantables et il accuse ses voisins de crimes imaginaires. Ses démêlés avec la justice au lieu de le faire réfléchir ne font que l'exaspérer davantage. Il ne veut pas admettre que le duc de L... se passe de ses services et bien que ce dernier se soit montré fort généreux en le congédiant, il lui fait des tours abominables. Il lui envoie successivement à son château de Viarmes, un carrossier pour réparer ses voitures, un tapissier pour refaire son salon, puis

un gazier, un maître d'hôtel, un avocat, des sœurs garde-malades. Il fait diverses commandes au nom du duc et lorsque les fournisseurs se présentent au château pour la livraison, ils apprennent qu'ils ont été victimes d'une mystification.

En même temps il écrit au duc des lettres injurieuses et le menace d'incendier son hôtel. Au courant de ses déplacements, il tâche de se trouver sur son passage et l'accable d'outrages ainsi que sa famille.

En 1889, il rentre comme gardien à la maison pénitencière de Gaillon. Le 7 mars, il est révoqué comme atteint d'aliénation mentale, après avoir causé un scandale avec des détenus et adressé des lettres injurieuses au Directeur des Services pénitentiaires.

En 1890, c'est un esclandre au Moulin-Rouge. Il fait arrêter un riche industriel en disant que c'est un évadé de Gaillon, condamné à cinq ans de prison pour escroquerie.

En mars 1891, un article à sensation « L'Espionnage en France » paraît dans le « Jour » sous la signature de Ch. Laurent. C'est D... qui en est l'inspirateur. Il réussit à persuader au journaliste qu'il a été embauché par un négociant comme voyageur, mais que le but véritable était d'accompagner le baron X... chambellan de l'empereur d'Autriche et de lui fournir des renseignements sur les effectifs de nos garnisons et les ressources en blé des diverses régions parcourues.

Quelques jours après la publication de cet article, D... pénètre dans le cabinet de M. Ch. Laurent, plus surexcité que jamais en proférant des menaces de mort contre le négociant dont il disait avoir à se plaindre. On l'éconduit mais redoutant qu'il ne mette ses menaces à exécution, M. Charles Laurent prévient par téléphone le négociant d'avoir à se tenir sur ses gardes.

Cette même année, sa femme lasse de la vie commune et de ses brutalités le quitte pendant quelques mois et va se réfugier dans sa famille.

Une enquête de police relève qu'il entretient une maîtresse à laquelle il a promis le mariage. Mais à peine sa femme l'a-t-elle quitté qu'il accuse le plus profond repentir, la supplie de lui pardonner. Comme preuve de ses bons sentiments il lui emprunte une obligation de chemin de fer, soi-disant destinée à lui servir de cautionnement pour une place de garçon de recettes. En réalité, il l'engage au Mont de Piété et dépense l'argent en bombances.

Au mois d'octobre, de passage à Chartres, il se jette sur des militaires qui le « regardent de travers ». Il encourt un procès verbal pour coups et blessures, mais son attitude est si étrange qu'on le dirige sur l'hôpital, où on ne le garde que quelques jours, mais en le menaçant de le faire séquestrer dans un asile s'il commet encore quelque excentricité.

Le 6 mai 1892, il est condamné par le Tribunal de la Seine à 200 francs d'amende pour outrages et menaces.

En 1894, la police est obligée de s'occuper de lui à diverses reprises. Le 9 janvier, il fait arrêter et conduire au commissariat de police un nommé P..., commissionnaire en vins, déclarant qu'il le connait comme espion à la solde de l'Allemagne. Il se présente au commissaire comme un employé supérieur de l'Administration pénitentiaire.

En février, un jour de mardi-gras, il assomme dans une rue de Paris, un étudiant en pharmacie dont la compagne lui a lancé au visage une poignée de confetti. Conduit au poste, il se donne comme sous-lieutenant de réserve au 27e dragons. Quelques jours après, rencontrant un officier d'infanterie, le capitaine R..., il cherche à lui arracher sa décoration sous prétexte qu'il ne l'a pas gagnée sur le champ de batille. Un peu plus tard il fait arrêter plusieurs dames en pleine gare Saint-Lazare, les accusant de lui avoir fait des propositions déshonnêtes.

En même temps, il écrit des cartes postales injurieuses et menaçantes à M. Corpel, chef de bureau au ministère de l'Intérieur, l'accusant de l'avoir fait renvoyer de Gaillon. Alors, une surveillance spéciale est exercée sur lui par le service de la sûreté.

Au mois d'août il est objet d'une plainte en escroquerie formulée par divers commerçants dont il était le réprésentant. Son procédé était bien simple, il se faisait remettre des sommes plus ou moins importantes à titre d'avances sur ses voyages et il dépensait cet argent à faire la fête sans jamais s'occuper de visiter la clientèle. Quand on lui demandait de ses nouvelles, il adressait à la maison des ordres fictifs au nom de personnes honorables qui refusaient la marchandise au moment de l'arrivée. Ecroué à Mazas, il proteste de son innocence malgré l'évidence des faits. Tandis que sa mère écrit lettres sur lettres au juge d'Instruction pour déclarer qu'il ne jouit pas de la plénitude de ses facultés, il assaille le Parquet de suppliques pour demander sa mise en liberté provisoire. Il se proclame le fils du commandant D..., neveu d'un ancien ministre de la Justice. Il termine une de ses lettres par cette phrase : « Pitié pour un malade, la paralysie me monte de jour en jour au cerveau et cette lettre sera peut-être la dernière que vous recevrez. »

Dans une autre missive il écrit à M. Josse, juge d'instruction : « Au nom de votre bonne mère qui dirigea vos premiers pas, que « vous avez bien aimée, ayez pitié d'un malade, d'un pauvre père de « famille qui n'est pas coupable. Mes facultés baissent de plus en plus « sous le régime de la prison. » Quelques jours après il annonce au juge la mort de sa femme dans les termes suivants : « Ma femme « est décédée des suites de sa maladie et de chagrin, hier soir, « m'est-il annoncé. Votre humanité sera touchée de tant de mal« heurs immérités, elle m'accordera la permission d'assister au « convoi, assisté d'agents en bourgeois, mercredi prochain. Je

« pleure, je pleure toutes les larmes de mon corps; la vie mainte-
« nant depuis cette nouvelle m'est à charge et j'espère d'ici peu
« être réuni à ma bien aimée épouse dans un monde meilleur que
« sur cette terre. »

L'enquête de police apprit que Mme D... était en excellente santé et que la séparation avait été prononcée entre les deux époux au profit de la femme. Le médecin de Mazas frappé de ses excentricités demande son transfert à l'infirmerie spéciale pour cause d'aliénation mentale. Le docteur Garnier, tout en reconnaissant le trouble de ses facultés, dit qu'il exagérait dans le but de se tirer d'affaires et il jugea qu'il présentait assez de lucidité pour se rendre compte de ses actes.

Enfin, le docteur Vallon dut fournir un rapport. A la première visite de l'expert, D... se fit apporter sur un fauteuil dans le cabinet médical prétendant qu'il était sujet à des attaques à la suite desquelles il restait paralysé pendant sept ou huit jours et au second examen, deux jours après, il parut ne pas reconnaitre le docteur Vallon. Notre savant confrère lui dit alors qu'un pareil manque de mémoire indiquait une folie nettement caractérisée et qu'il allait l'envoyer à Saiute-Anne. A ces mots, D... retrouva immédiatement sa mémoire et il déclara à l'expert qu'il se remettait fort bien sa physionomie maintenant. Bien que défavorablement impressionné par cette tentative de simulation, M. Vallon crut devoir dans ses conclusions réclamer pour C... l'indulgence des juges en se basant sur la déséquilibration mentale dont il le jugeait atteint.

Aussi, grâce à ce rapport et malgré la gravité des faits qui lui lui étaient reprochés ne fut-il condamné qu'à trois mois de prison avec sursis.

Huit jours après sa libération, étant pris de boisson, il tombe à bras raccourcis sur sa vieille mère et celle-ci se réfugie chez la concierge après avoir crié : « à l'assassin ! » Elle dit aux agents qu'elle avait eu plus de peur que de mal, mais qu'il l'avait frappée si souvent, qu'elle redoutait un coup fatal.

C'est à cette époque que commencent ses démêlés avec M. Toquenne, commissaire de police de la Ville de Paris. Ce magistrat avait été chargé de fournir des renseignements sur son compte et de perquisitionner à son domicile à propos de diverses plaintes déposées contre lui. Il n'en fallait pas davantage pour que M. Toquenne devint sa bête noire.

Tout ce qui lui arrivait était la faute du commissaire et alors il l'assaille de cartes postales injurieuses et diffamatoires. Il le traite de sale mouchard, vieille enclume du bagne, ancien vide cuvette d'Eugénie de Montijo et autres aménités.

Non content de l'insulter par ses actes, il le fait attaquer dans les journaux.

Le 12 novembre 1894 il fait publier dans la *Libre Parole*, sous

la signature de Gaston Méry un article fantaisiste dans lequel on reproche à M. Toquenne d'avoir fait arrêter D... comme anarchiste ayant outragé le Président de la République. Le 30 novembre un autre article paraît dans l'*Autorité* sous la signature de Paul de Léoni. D... y est représenté comme le fils du général de division D... et on affirme qu'une somme de 330 francs contenue dans une malle lui a été soustraite au cours des perquisitions faites à son domicile. Le lendemain, M. Paul de Léoni s'aperçoit qu'il a été abominablement trompé et il chasse D... de son cabinet.

Celui-ci continue sa campagne pendant 1895. Il dépose plusieurs plaintes au parquet contre son prétendu persécuteur. Plus on l'éconduit, moins il se rebute et il adresse des lettres diffamatoires au Ministre de l'Intérieur, au Préfet de police, etc., etc. Il s'imagine qu'on l'espionne, qu'on le suit partout et il ne voit plus autour de lui que des agents de la sûreté. Ce n'est plus seulement M. Toquenne, c'est toute la police qui est contre lui. En même temps il semble obsédé de l'idée que Paris n'est plus sûr, que faute d'une police convenable et fidèle la capitale est livrée à une bande de malfaiteurs qui y volent et assassinent impunément et il déclare à maintes reprises à sa mère qu'il a une mission de haute surveillance à exercer sur cette ville si mal gardée. Mettant en effet ses actes en rapport avec ses paroles il fait arrêter, au mois de décembre 1895, en prenant le titre d'inspecteur de la sûreté, deux jeunes gens inoffensifs qui soi-disant le menaçaient.

En juillet 1896, il assène un coup de canne sur la tête d'un passant qu'il ne connaît pas, sous prétexte qu'il le suit depuis plusieurs heures. Or, il s'agit d'un ouvrier qui se rend tranquillement à son travail.

Interrogé par M. Bertulus, juge d'instruction, il est confié à l'examen du docteur Dubuisson, médecin de Sainte-Anne. L'expert conclut que D... était plus qu'un buveur plus ou moins troublé dans ses facultés, mais bien un véritable fou hanté par des idées de persécution le poussant à des actes dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes. Il proposait donc son internement. D... fut en effet placé à Sainte-Anne. Il y resta près de deux mois. Le docteur Dagonet qui le soignait le considérait comme un déséquilibré, incapable de se conduire au dehors sans commettre des actes repréhensibles. Mais sa mère ne cessait de demander son élargissement, s'engageant à le surveiller et promettant de le ramenér à la première incartade. Un jour on lui permit de le faire sortir pendant un après-midi. Elle négligea de le ramener,

Pendant plusieurs mois, il n'a plus de démêlés avec la justice, mais en 1898 on entend de nouveau parler de lui. Au mois de mai il insulte dans les rues de Versailles le directeur de la maison

centrale de Poissy. Un rapport de police, rédigé à la suite de cette affaire, le représente comme un aliéné authentique, en voulant à tous les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire. Poursuivi par le parquet de Versailles pour cartes postales injurieuses envers un adjudant d'artillerie, il outrage le commissaire de police chargé de l'enquête, puis il quitte brusquement Saint-Cloud, où il habite avec sa mère, pour reprendre les voyages.

De passage à Chartres, il en profite pour expédier des cartes ignobles à M. Toquenne et il se fait dresser procès-verbal pour avoir poursuivi un agent de police une canne à épée à la main. Dans le courant du mois de janvier 1899, il est arrêté de nouveau pour ivresse, bris de clôture, outrages à un magistrat et dénonciations calomnieuses et écroué à la prison de Chartres.

Le Dr Bouchard conclut à l'irresponsabilité mais il ne juge pas indispensable de provoquer l'internement. Aussi D... reprend-il immédiatement le cours de ses exploits et quelques jours après, à la suite de nouvelles menaces, est-il placé en observation à l'asile de Bonneval. Il y fit un séjour de cinq mois. Le Dr Derriq, directeur-médecin de cet établissement, eut donc le temps de l'examiner sérieusement et de l'apprécier à sa juste valeur. Son opinion mérite d'être citée : « D..., dit-il, est un dégénéré en état à peu près constant de déséquilibration mentale. Les excès de boisson aggravent encore son état et il existe de fortes présomptions pour qu'il devienne un pilier d'asile à entrées et à sorties multiples. Son internement s'impose pour l'instant, tant dans son intérêt que dans celui de la Société. »

C'est qu'en effet, pendant son séjour à Bonneval, D... apparaissait tel qu'il est réellement. Vantard, hypocrite, flatteur, menteur effréné, tour à tour obséquieux ou insolent, suivant le moment ou suivant les personnes, il révolutionne le quartier où il se trouve placé, excitant les malades contre les gardiens ou leur jouant des tours pendables. Se plaignant par système, réclamant sans cesse des suppléments en raison, dit-il, de sa faible constitution, il ne sait qu'inventer pour mal faire; tantôt il met des cailloux dans les serrures, tantôt il moleste ceux qu'il croit inoffensifs.

Malheureusement nos asiles sont mal organisées pour conserver de pareils malades; ils y jettent le trouble, aussi s'empresse-t-on de les remettre dehors quand un calme relatif apparaît dans leur esprit. C'est ce qui eut lieu pour D... Au mois de septembre il retournait chez sa mère.

Pendant deux mois il est à peu près calme, mais avant la fin de l'année il commet de nouveaux délits. C'est encore à M. Toquenne qu'il s'attaque par l'envoi de nouvelles cartes encore plus ignobles que les premières, puis c'est le tour du commissaire de police de Saint-Cloud, qu'il traite de vieux saligaud et autres aménités. Souvent pris de boisson, presque toujours surexcité, il ne se passe

pas de semaines sans qu'il n'ait quelque histoire. En décembre il signale son passage à Orléans, il fait l'objet d'un procès-verbal pour plainte en escroquerie.

En janvier 1900, c'est un négociant qu'il menace de mort. En février, c'est un autre vis-à-vis duquel il commet une escroquerie et qu'il diffame ensuite par carte postale. En mars, il est conduit au poste pour avoir frappé sa mère. Cette pauvre femme n'a que le temps de se sauver pour échapper à ses coups. Dans sa déposition au commissaire elle affirme que son fils est fou et que si on ne l'interne pas il lui fera un mauvais parti. Dans la même journée, il frappe sans motif un employé de la gare de Saint-Cloud et il outrage encore les agents. Poursuivi par le parquet de Versailles, il est l'objet d'un nouvel examen médico-légal. L'expert lui reconnaît une impressionnabilité nerveuse tout à fait particulière, augmentée encore par l'usage immodéré des boissons alcooliques. Il reconnaît qu'il sera sans doute nécessaire de l'interner s'il continue à boire ; mais il n'estime pas qu'il soit arrivé à un tel degré d'intoxication qu'on puisse le regarder comme un malade de l'alcool, ayant perdu la valeur de ses actes.

Remis en liberté sur les instances de sa mère, il ne change guère son existence. Ne travaillant presque jamais, mais buvant toujours, il ne cesse de commettre des actes délictueux. A Saint-Cloud, le 27 avril, il fait un vacarme épouvantable dans l'escalier de la maison en se disputant avec d'autres locataires et quand son propriétaire intervient pour le calmer, il l'accable d'injures.

En juillet, il croit avoir à se plaindre d'un négociant de Puteaux qu'il n'a pu parvenir à représenter. Il lui adresse aussitôt des cartes postales dans lesquelles il le traite de chevalier d'industrie, vieux marlou, etc., etc.

Il agit de même avec M. Catron, commissaire de police de Saint-Cloud : « Vous êtes, dit-il, le commissaire coup de poing, » insolent, brutal, grossier, lâche en même temps capable de tout. » Vous êtes digne de cette fripouille de Lépine, chassé à coup de » pied au cul de l'Algérie ; vous êtes un gredin, venez donc me voir en simple particulier, gros porc, vous verrez comment je me torche. » Puis c'est encore le tour de son propriétaire. Il l'accuse de mener une vie crapuleuse et le menace de mettre le feu chez lui.

Tandis que le parquet de Versailles le poursuit et qu'il est l'objet d'un examen médical de la part du Dr Rist, il trouve le moyen d'aller à Rouen (septembre 1900) et d'y outrager un commissaire de police. Coût : un mois de prison. Le médecin de Versailles l'ayant considéré comme partiellement responsable, le Tribunal de cette ville le condamne à un an de prison (18 novembre 1900).

Quatre jours après le jugement, il est à Orléans, où il vient pour accomplir la peine que lui a infligée le Tribunal de Rouen, mais avant de se constituer prisonnier, il trouve le moyen d'outrager

M. Tomps, commissaire central. Pendant son séjour à la maison d'arrêt (novembre 1900) il fait appel du jugement de Versailles.

A peine sorti de prison il recommence ses frasques, s'attaque de nouveau à M. Toquenne, en retraite depuis longtemps, en lui adressant des cartes injurieuses et diffamatoires (décembre 1900). A la fin de janvier 1901 il s'offre par lettre à donner au Parquet de Chartres des renseignements de nature à l'éclairer sur un incendie qui vient d'éclater dans une distillerie aux environs de Mantes. Le commissaire de police se présente chez sa mère en son absence pour vérifier ses dires. Peut-être laisse-t-il à entendre que D... veut déranger inutilement la police. Il n'en faut pas davantage pour déchaîner sa colère. Quelques jours après il adresse au commissaire une lettre ouverte contenant un pli dans lequel il le traite « d'ignoble individu » et le prie de recevoir « l'expression de son mépris. » Arrêté pour ce fait et conduit au violon, il brise les carreaux de la fenêtre, démolit le baquet hygiénique et creuse le mur de sa cellule. Fouillé, on le trouve porteur d'une assignation à comparaître devant la cour de Paris le 2 février 1901. Transféré dans cette ville, il est soumis à l'examen des Drs Ballet, Garnier et Dubuisson. Les experts concluent qu'il est un prédisposé héréditaire, un impulsif chez lequel l'alcoolisme aggrave encore la déséquilibration mentale. « D..., disent-ils comprend trop bien la portée de ses actes pour que nous en fissions « actuellement un malade irresponsable et séquestrable, mais son « état mental est de nature à le faire bénéficier de l'indulgence de « ses juges. Aussi la condamnation à un an est-elle réduite à un « mois (Avril 1901). »

Au mois de mai 1902, D... s'était inscrit dans un hôtel d'Orléans sous le nom de Thomas. La police de notre ville ayant un mandat d'arrêt contre un individu de ce nom, D... fut invité à donner des explications sur son identité au Commissariat central. Au cours de ses explications, il montra une lettre signée : Trarieux, dans laquelle ce sénateur le recommandait à M. Waldeck-Rousseau, le donnant comme un ex-adjudant de cavalerie, médaillé, ex-attaché à l'ambassade de Saint-Pétersbourg. D... fut obligé de reconnaître qu'il n'avait jamais occupé ces différents postes, et la lettre fut saisie par le Commissaire central. Il n'en fallut pas davantage pour mettre D... hors de lui. Il commence immédiatement contre M. Tomps et ses agents une campagne abominable. Il se plaint au préfet du Loiret, au député d'Orléans, au directeur du *Journal du Loiret*, auquel il se donne comme le fils du général de division D... Il écrit même à M. le procureur de la République, affirmant qu'on lui a soustrait au commissariat une somme de 150 francs. Convaincu que la police est à ses trousses, il ne peut voir un agent sans avoir un accès de fureur.

Le 25 juillet, il s'attaque au brigadier Peretti qui sort tranquil-

lement de son bureau : « Vous me suivez partout, dit-il... je ne veux point que cela dure plus longtemps... Vous et Tomps vous êtes des canailles, je vous casserai la gueule. »

Poursuivi pour ce fait et aussi pour de nouvelles cartes injurieuses à M. Tomps, il est condamné par défaut, le 8 août 1902, à un mois de prison. Il fait opposition à ce jugement par une lettre incohérente adressée de Blois à M. le procureur de la République. Entre autres insanités, il affirme que M. Tomps est fils d'un officier prussien, qu'il est l'assassin du préfet Barême, etc., etc. Le Tribunal jugeant que sa responsabilité était atténuée par suite de son état habituel de surexcitation, réduisit la peine à 15 jours.

Mais ce ne sont point là les seules histoires qu'il s'attire par suite de son caractère impossible. Sans cesse à la recherche d'une position sociale, il frappe à toutes les portes pour trouver un emploi. Entre temps, il pérore de café en café, vantant ses hautes relations et déblatérant sur tous ceux dont il croit avoir à se plaindre. Plusieurs cafés sont obligés de lui fermer leur porte par suite du scandale qu'il cause par ses propos injurieux et diffamatoires.

A signaler un incident qui démontre son irritabilité particulière. Dans le courant du mois de juin 1902, il se présente à l'asile pour demander une place de gardien. Il se dit ancien adjudant de cuirassiers, médaillé militaire, et il montre un certificat de l'asile d'Alençon, constatant qu'il a servi un an dans cet établissement, tandis qu'il n'y est demeuré que quelques jours et a été remercié par suite de ses excentricités. Ce certificat est manifestement surchargé. On se borne à lui répondre que l'on prendra des renseignements sur son compte et on l'invite à repasser plus tard prendre la réponse.

Il se garde bien de revenir, mais deux mois après il rencontre, rue d'Illiers, le préposé responsable de l'asile, le traite de cochon, sale mouchard et le menace de lui flanquer sa main sur la figure. Un rassemblement s'étant formé, M. Yon, le préposé, jugea convenable de s'éloigner afin d'éviter un scandale.

Sans cesse en mouvement, aujourd'hui à Orléans, demain à Paris ou ailleurs, toujours à la recherche d'une nouvelle affaire, trompant tous ceux qui l'emploient et ayant des démêlés avec tous, il commet chaque jour de nouveaux délits.

Le 6 novembre, c'est une carte injurieuse à M. Mathieu, distillateur, qui lui a procuré quelque ouvrage. Le 8 et le 21, c'est un autre distillateur, M. Meyer, qu'il attaque de la même façon. Le 11, nouvelle dénonciation au Parquet contre M. Tomps et le brigadier Peretti. Le 18, il déclare au commissaire de police Burghert qu'il a remarqué deux individus possesseurs de nombreux bijoux et de titres devant provenir d'un vol et il indique l'endroit où la police pourra les arrêter. C'est une histoire qu'il a inventée de toutes pièces pour faire un bon tour aux agents. Le 26, nouvelles cartes in-

jurieuses à M. Tomps ; le 29 à Paris, il fait amener au commissariat du Palais-Royal, une fille soumise qu'il accuse de l'avoir volé il y a six mois. Celle-ci n'a pas de peine à démontrer la fausseté de ses dires.

De retour à Orléans, le 17 décembre, il descend chez un logeur et s'inscrit sous un faux nom. C'est là qu'il est arrêté et conduit à la maison d'arrêt.

Depuis son arrivée dans cet établissement, D... paraît véritablement atteint de troubles mentaux. A chaque instant il appelle les gardiens pour les motifs les plus futiles ; tantôt il se dit malade et demande le médecin, tantôt il veut qu'on certifie qu'il jouit bien de la plénitude de ses facultés. On constate qu'il paraît halluciné, que souvent il parle seul, qu'à chaque instant il monte à la fenêtre de sa cellule en faisant des signes de croix ou bien en se livrant à des mimiques désordonnées.

Persécuté à un haut degré, il ne peut souffrir son compagnon de cellule et lui cherche querelle à propos de rien. Il lui casse la tête de toutes ses histoires, mais il lui défend de parler et même de le regarder quand il se livre à ses excentricités. Enfin il parle à chaque instant de faire assommer ceux dont il croit avoir à se plaindre.

Un jour il s'élance sur son co-détenu, l'accusant de lui avoir mangé une partie de sa cantine pendant qu'il était au parloir. Celui-ci pare le coup qu'il lui était destiné et dans la bousculade D... reçoit quelques égratignures sans importance. Immédiatement il se croit gravement atteint : il veut faire appeler le médecin de la prison et m'écrit personnellement de venir le visiter d'urgence.

Enfin, depuis sa détention, il ne cesse de m'adresser des lettres dans lesquelles il se propose de me dicter les conclusions de mon rapport. Une du 16 janvier est particulièrement intéressante, le passage suivant est à citer textuellement : « Dans votre rapport vous pourrez « mettre, Monsieur le Docteur, cela me fera beaucoup de bien : Je « considère D... comme un grand enfant qui se fâche facilement ; « mais de là à la folie complète, il y a loin. En raison de son arrestation, qui peut avoir provoqué chez lui une certaine irritation passagère, je prie le Tribunal d'avoir pour lui la plus grande indul- « gence. A la prison, Monsieur le Docteur, je fais un peu le toqué « afin de faciliter votre tâche pour obtenir de votre bienveillance « un rapport qui laisse croire à une maladie passagère. »

Et en effet, lors de mes différentes visites D... s'est toujours montré préoccupé des conclusions possibles de mon rapport. Très jaloux de sa liberté, il veut bien que l'on conclue à une responsabilité si limitée que les juges seront obligés de l'acquitter ou de lui infliger une peine insignifiante, mais il se refuse à être interné dans un asile.

Aussi indulgent pour lui-même qu'il se montre rigide vis-à-vis des autres, il n'estime qu'il n'a commis que des peccadilles : « Laissez-moi, dit-il, me débrouiller avec la justice qui ne peut être sévère pour une bagatelle semblable. » Et il entre dans des détails multiples sur les examens médicaux dont il a été l'objet, prêtant aux experts des intentions qu'ils n'ont jamais eues ou des opinions qu'ils n'ont jamais formulées. S'il se croyait passible d'une peine grave il raisonnerait tout autrement et nous le verrions simuler l'imbécillité ou quelque autre genre de folie comme il a tenté de le faire en 1894 lorsqu'il fut soumis à l'examen du docteur Vallon.

Surtout préoccupé de se défendre, il porte souvent des accusations qu'il sait absolument fausses, persuadé qu'en chargeant les autres il s'innocentera lui-même. D'une loquacité intarissable, quand on l'interroge, il évite de répondre aux questions qui le gênent et se lance dans des digressions, sans fin sur sa famille, sur ses qualités, sur ses projets d'avenir, etc., etc. Il accumule mensonges sur mensonges et quand on l'arrête pour lui montrer l'inexactitude de ses dires, il se met met à rire et déclare impudemment que cela est parfaitement licite afin de se tirer d'affaire et que la fin justifie les moyens.

Très curieux de connaître mon appréciation sur son compte, il me pose à ce sujet les questions les plus diverses; tantôt en se montrant bon enfant, et en faisant appel à ma pitié, tantôt en se laissant aller à des insinuations malveillantes afin de me faire perdre patience.

Il se fait aider pour cela par sa mère que l'amour maternel rend aveugle, mais qui parfaitement stylée par lui, multiplie les démarches pour arriver à connaître mon opinion et à me la faire modifier si elle n'est pas conforme à leurs désirs.

S'ensuit-il qu'un individu se rendant aussi bien compte de ses actes puisse être considéré comme responsable. Je ne le pense pas. L'histoire entière de sa vie me parait protester contre cette hypothèse. L'opinion de tous ceux qui l'ont examiné n'a jamais varié sur le fait suivant qui ressort immédiatement de son examen. C'est un anormal, un dévoyé de l'ordre mental ; un dégénéré débile, dépourvu de jugement Ces troubles persistants s'exagèrent encore sous l'influence de l'alcool.

Les avis ne diffèrent que sur l'appréciation de la conduite que l'on doit tenir à son égard. Les uns estiment qu'il est justiciable de l'asile d'aliénés, les autres qu'il doit comparaître devant les juges tout en bénéficiant d'une large indulgence. Mais c'est précisément là que réside la difficulté, D... étant un de ces êtres qui paraissent relever aussi bien du médecin que du criminaliste, un pilier d'asile ou de prison à entrées et à sorties multiples. Aussi l'opinion peut-elle varier sur son compte, soit que l'on considère

l'état précis dans lequel il se trouve au moment de l'examen, soit au contraire que l'on s'attache à retracer son histoire où à l'observer pendant quelque temps.

J'estime que c'est la seconde manière qui permet véritablement de le connaître et de porter une juste appréciation sur le personnage. Or tous ceux qui ont eu avec lui un contact suffisant le considèrent comme un malade. C'est l'avis du Dr Déricq qui l'a observé à Bonneval, c'est aussi celui du Dr Dagonet qui le soignait à Sainte-Anne et s'opposait à sa sortie, c'est l'avis de tous ceux qui l'ont employé, de tous les fonctionnaires qui ont pu le suivre pendant quelque temps, commissaires de police ou gardiens de prisons. C'est aussi le mien. De tout ce que j'ai pu recueillir sur l'hérédité, l'existence et la manière d'être de cet individu, de l'examen personnel auquel je me suis livré au cours de mes visites et de mes interrogatoires, il résulte pour moi cette conviction profonde que D... est atteint de cette forme particulière de dégénérescence mentale que l'on appelle: *La Folie Morale.* La caractéristique de cette affection c'est le manque plus ou moins complet de ce que nous appelons le sens moral. Ceux qui en sont atteints bien qu'ayant reçu tous les bienfaits de la civilisation et de l'éducation sont incapables de se rendre utiles dans la société à laquelle ils appartiennent. Cet aveuglement moral, cette folie des sentiments altruistes, suivant l'expression de Schüle, les amène à nier les droits d'autrui et y porter atteinte. Chez eux, la conscience n'a pas de révolte; aucune considération ne les arrête, et ils s'abandonnent sans vergogne à leurs instincts malfaisants.

Leur intelligence paraît intacte en ce sens qu'ils mûrissent leurs projets et qu'ils déploient parfois beaucoup d'astuce pour arriver à leurs fins, mais elle est néanmoins profondément atteinte. Incapables de remplir un emploi et de fournir une activité régulière, ils manquent de jugement; ils ont l'esprit faux et nuisent à leurs propres intérêts. Non seulement ils sont déraisonnables, mais ils ne sont pas pratiques et ils deviennent les premières victimes de leurs machinations. Leur mollesse d'esprit et leur paresse ne peuvent être surmontées que lorsqu'il s'agit de satisfaire leurs appétits immoraux. Leurs actes ont un caractère impulsif et souvent périodiques. Querelleurs, menteurs, ivrognes, orgueilleux, pervertis jusqu'à la moëlle ils constituent de véritables plaies sociales. Dangereux du plus haut degré, ils le restent toute la vie car l'art médical est impuissant à modifier leur trouble organique. Ce qui distingue ces malades des criminels, c'est la spontanéité, la brusquerie de leurs instincts, la fréquence, la répétition de leurs délits, l'impudence, l'irréflexion avec laquelle ils se satisfont, le cynisme avec lequel ils affichent leurs actes ou les avouent et leur absence de remords. Ce qui en fait surtout des malades, ce sont les nombreuses tares que l'on rencontre dans leurs antécédents hérédi-

taires et persónnels, les signes de dégénérescence anatomiques et fonctionnels que l'on découvre sur leur personne, restes le plus souvent d'affections cérébrales de l'enfance ou de la puberté.

Or D... est bien un de ces types de malades. Nous connaissons son hérédité morbide, nous savons qu'il a eu à dix-huit ans une insolation qui parait avoir influencé son développement cérébral, nous sommes fixés sur ses habitudes d'intempérance et sur l'intolérance particulière qu'il présente pour les boissons alcooliques; cette intolérance est tellement marquée que malgré sa forte constitution tout excès provoque chez lui une surexcitation spéciale qui va parfois jusqu'au délire de la persécution avec illusions et hallucinations. D'après le Dr Déricq, D... est encore un anormal au point de vue sexuel. Bien que l'expert ne précise point de quelle perversion il s'agit, il y a lieu de signaler aussi cette tare particulière. Enfin il a toujours été et il sera toujours incapable de se diriger normalement. Dans ces conditions l'internement s'impose. D... doit être placé dans un asile d'aliénés; mais là, surgit une difficulté qu'il est de mon devoir de signaler. Les individus comme D... sont des plaies pour nos établissements. Déjà insupportables dans les prisons où la surveillance se présente dans des conditions particulières de sécurité et où les moyens contentifs sont suffisants ils deviennent intolérables dans un asile ordinaire. Passant leur leur temps à exciter les autres malades et tramant des complots, ils peuvent amener les complications les plus graves, sans préjudice des craintes d'évasion que l'on a constamment à leur sujet.

A défaut des asiles-prisons[1], réforme admise par tout le monde et toujours ajournée, c'est dans un quartier de sûreté tel que celui de Bicêtre qu'il faut les admettre. Or ce que nous connaissons du caractère de D..., sa conduite à Bonneval et à Sainte-Anne et enfin à la prison d'Orléans démontrent surabondamment que sa véritable place est à Bicêtre. C'est pourquoi je suis amené à formuler les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° D... est atteint de folie morale ; 2° Il est irresponsable des actes qui lui sont reprochés ; 3° Son état mental nécessite son internement ; 4° De plus, comme il s'agit d'un malade à tendances plutôt malfaisantes et capable de provoquer des accidents qu'il sera peut-être impossible d'éviter dans un asile ordinaire, il me parait nécessaire de le placer dans un quartier de sûreté aménagé comme celui de Bicêtre.

Comme on le voit mes conclusions tendaient à le faire

[1] Ce sont deux mots qui jurent d'être accouplés, leur création serait un recul (B.).

diriger sur Bicêtre ; mais l'administration départementale a reculé devant le surcroît de dépenses qui en aurait résulté et D... a été placé dans mon service. Je n'ai pu l'y retenir que quatre mois.

Là il s'est montré insupportable comme partout ailleurs, s'entendant avec sa mère pour assaillir les pouvoirs publics de ses réclamations. Pour échapper à ces sollicitations et par mesure d'économie aussi, on a consenti à le rendre à sa mère qui demandait son transfert dans un autre asile à titre de placement volontaire.

Son séjour dans ce nouvel établissement n'a pas dépassé huit jours, et, de nouveau en liberté, D... continue le cours de ses exploits. Il a déjà commis un certain nombre d'excentricités depuis sa sortie, d'après ce que j'ai entendu dire, et il ne sera pas longtemps sans avoir de nouveaux démêlés avec la justice. Les cas de ce genre sont légion, j'en suis convaincu. N'est-ce pas là une situation déplorable et qui mériterait d'attirer enfin l'attention des pouvoirs publics.

THÉRAPEUTIQUE.

Soin donné aux épileptiques et leur traitement en Angleterre ;

PAR FLETCHER BEACH, M. B., F. R. C. P.

Médecin au « West End Hospital, London », hôpital pour les maladies nerveuses, l'épilepsie et la paralysie.

Médecin à la Colonie d'épileptiques de Chalfont, Buckinghamshire.

L'épilepsie était connue dès l'époque d'Hippocrate qui en parle dans ses écrits et lui donne le nom de « mal sacré » quoiqu'il fût assez éclairé pour savoir que cette maladie n'est ni plus divine ni plus sacrée que les autres, mais a des causes naturelles dont elle dérive de la même façon que les autres maladies. Plus tard, Russell Reynolds, Bourneville, Hughlings Jackson et Gowers, etc., ont traité ce sujet et les vues bien connues de Hughlings Jackson sont maintenant généralement acceptées par les médecins anglais.

Ce n'est cependant que dans les douze dernières années qu'on a établi en Angleterre des colonies pour le traitement des épileptiques. Sous le rapport des mesures prises en faveur de cette classe de malades, ainsi que des faibles d'esprit, nous sommes très en retard sur le Continent, où, depuis de longues années, existent des dispositions pour leur admission dans des asiles ou des colonies où ils sont soignés et traités.

En 1773, l'évêque de Würzburg fonda un asile pour les malades atteints d'épilepsie ou, comme on l'appelait alors, de « falling sickness ». Cet asile était affecté en partie au traitement des malades susceptibles de guérison et en partie à la garde des incurables. Son œuvre fut continuée par son successeur et, en 1845, on construisit un bâtiment destiné à recevoir gratuitement quarante-huit malades. En 1838, des dispositions furent prises pour soigner les épileptiques dans des asiles. C'est vers la même époque que le docteur Séguin entreprit l'instruction des enfants idiots à Paris, et depuis lors les jeunes épileptiques sont reçus dans la plupart des asiles destinés aux enfants idiots.

On a à s'occuper de deux classes d'épileptiques dans les asiles ou les colonies : les aliénés et les sains d'esprit.

En ce qui concerne les malades de la première classe, la première mesure prise pour améliorer leur condition fut de leur réserver des salles spéciales dans les asiles, afin qu'ils pussent être séparés des autres épileptiques. Dès 1874, M. Ley, alors directeur de l'asile de Prestwich (Lancaster County Asylum) recommandait de placer les malades épileptiques des différents asiles du comté de Lancaster dans un établissement spécial, mais rien ne fut fait à cet égard. En 1892, le docteur Ewart lut devant l'Association Médico-Psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, un travail dans lequel il recommandait l'établissement de colonies, non seulement pour les épileptiques aliénés, mais aussi pour les adultes et les enfants qui n'étaient qu'épileptiques sans être aliénés. Depuis cette époque, l'opinion publique s'était évidemment peu à peu formée sur ce sujet, puisque, en 1897, le docteur Rhodes et M. Mc Dougall, Alderman, étaient désignés par le comité commun des asiles de Chorlton et de Manchester pour aller visiter les établissements pour le traitement des imbéciles et des épileptiques en Allemagne,

en France et en Belgique. A leur retour, ils déposèrent un rapport dans lequel ils recommandaient de soigner ceux qui étaient malades aussi bien physiquement que mentalement, dans des pavillons semblables aux pavillons Wilhelmina Augusta de Alt Scherbitz, établis en cet endroit pour les aliénés, tandis que ceux qui étaient physiquement valides (environ 80 p. 100 du nombre total), seraient soignés dans des bâtiments suivant le plan adopté pour les colonies, le nombre de pensionnaires dans chaque maison ne pouvant dépasser trente.

Le résultat de ce rapport fut que les autorités de Manchester et de Chorlton décidèrent d'établir une colonie pour les imbéciles et les épileptiques. On eut d'abord quelque difficulté à trouver un terrain convenable, mais, il y a un an ou deux, le comité commun des asiles de Manchester et de Chorlton acheta un emplacement de 69 hectares à Langs, à quelques kilomètres de Blackburn, et des bâtiments pour les imbéciles et les épileptiques y sont maintenant en cours d'érection. Une partie de la propriété est affectée aux imbéciles et une autre aux épileptiques.

Ce bon exemple a été suivi par les autorités de Leicester qui vont faire l'acquisition d'un terrain d'une grande étendue pour le traitement d'après le système des colonies, des imbéciles et des épileptiques de l'hospice de Leicester.

Le conseil municipal de Londres a fait bâtir sur la propriété nommée Horton Manor une colonie pouvant recevoir 300 épileptiques aliénés. 51 hectares sont affectés à la colonie dont les bâtiments occupent une superficie de 11 hectares. Il y a un bâtiment réservé à l'administration et contenant aussi des logements pour le personnel et une infirmerie ; un bâtiment séparé qui contient les magasins et les cuisines, avec la salle de récréation adjacente ; et huit villas pour les malades. Ces villas sont des bâtiments à un seul étage et chacune peut recevoir 36 malades et le personnel nécessaire pour assurer le fonctionnement du service. Une maison pour le médecin en chef est placée à une distance commode du bâtiment administratif. Enfin le conseil des asiles de Lancashire va fonder une colonie pour les épileptiques aliénés de Lancashire, donnant ainsi effet à la recommandation que M. Ley avait faite il y a près de trente ans.

En ce qui concerne les épileptiques sains d'esprit, le pre-

mier établissement ouvert pour eux, fut celui que le docteur Alexander et quelques autres messieurs fondèrent à Maghull, près de Liverpool en 1888 et qui contient 150 malades. Le bâtiment lui-même est une vieille résidence seigneuriale, mais depuis qu'il a été acheté, trois autres bâtiments pour épileptiques des deux sexes ont été érigés sur la propriété de sorte que les malades sont bien classés et subdivisés. Les hommes sont occupés au jardin et les femmes se livrent à des occupations domestiques.

En 1893, un asile, *the Meath Home of Comfort*, fut fondé à Godalming, Surrey, par Lady Meath. Il contient 50 femmes et jeunes filles épileptiques de deux à trente-cinq ans. Les malades de toutes les parties de l'Angleterre y sont admises. Elles doivent être capables de se livrer à quelque occupation : travail à l'aiguille, ou avec des perles, vannerie ou blanchissage.

En 1894, une colonie pour épileptiques sains d'esprit, la première de ce genre en Angleterre, fut ouverte à Chalfont dans le comté de Buckinghan, par la Société Nationale pour l'occupation des épileptiques. Les maisons ont été graduellement bâties sur une propriété d'une superficie de 55 hectares par des personnes qui s'intéressent à cette œuvre. Il y en a huit : quatre pour hommes, deux pour femmes, une maison de convalescence et une pour les cas qui exigent un traitement et des soins spéciaux. La colonie est actuellement habitée par 172 sujets, la maison de convalescence et la maison spéciale sont occupées à présent par des colons qui sont en bonne santé, cela afin de diminuer un peu le nombre de ceux qui attendent leur admission. Un bâtiment pour les épileptiques de Hampshire est en construction. Il pourra recevoir 24 personnes, de sorte que la population de la colonie atteindra sous peu le chiffre de 196. Un bâtiment pour l'administration sera bientôt élevé car le besoin s'en fait grandement sentir. Les habitants mâles de la colonie sont employés à faire de la menuiserie, de la vannerie, ou à la forge, ou dans la ferme et le verger ; les femmes font du blanchissage, des travaux à l'aiguille ou s'occupent des soins du ménage.

Il y a aussi a Bournemouth, un petit établissement appelé St-Luke's Home qui fut fondé en 1895 et qui est destiné aux femmes épileptiques appartenant à la religion anglicane. Il

peut contenir dix épileptiques dont l'état exige des soins médicaux. La direction en est confiée à deux infirmiers qui sont membres de la société « The Royal British Nurses' Association », et qui non seulement donnent leurs services gratuitement mais encore contribuent financièrement à l'entretien de l'œuvre. Le prix pour la pension et les soins est de 12 s. 6 d. (15 f. 75) par semaine.

Une autre colonie pour les épileptiques en possession de leurs facultés mentales est construite par les exécuteurs du Lewis, à Chelford (Lancashire) sur un terrain d'une superficie de 186 hectares. Élle pourra recevoir 250 épileptiques, qui occuperont 9 bâtiments dont 6 sont pour adultes et 3 pour enfants et seront divisés en 3 classes, cette division étant fondée sur le prix qu'ils paieront, comme cela se fait dans les établissements allemands.

Les épileptiques une fois admis dans une colonie, il est très important qu'ils soient constamment occupés de quelque façon, mais il faut que leur occupation leur plaise, qu'elle soit saine, et, si possible, qu'elle s'exerce dehors, car le soleil, l'air frais et les autres objets qui entoure l'épileptique, non seulement empêchent sa pensée de se fixer sur sa maladie, mais aussi le remplissent d'activité mentale et d'espérance. De plus, sa santé générale s'améliore et son travail aide à procurer la variété de nourriture qu'il est désirable d'avoir dans le traitement de cette maladie. Les résultats de l'occupation et du traitement des épileptiques de la colonie de Chalfont dont j'ai l'honneur d'être un des médecins sont les plus satisfaisants. Dans la plupart des cas une amélioration sensible s'est produite, la santé générale est devenue meilleure et la fréquence des accès a diminué.

Les enfants épileptiques forment une classe de malades dont le traitement promet de bons résultats et leur état est susceptible d'une grande amélioration. Ils sont une source d'anxiété pour leurs parents car ils sont exposés à être écrasés dans les rues et si on les envoie à l'école ils peuvent avoir des attaques sur leur chemin ou dans la classe. Ces attaques dérangent la classe et effrayent les autres enfants. Il ne devrait donc pas être permis aux enfants sujets à de violentes attaques de fréquenter l'école. Il y a sans doute un grand nombre de ces enfants dont l'état exigerait l'envoi dans des colonies d'épileptiques. Malheureusement une loi

concernant les enfants défectueux et épileptiques, loi appelée : Loi sur l'instruction élémentaire, votée par le Parlement en 1899, contient une clause qui limite à 15 le nombre des enfants pouvant être admis dans le même bâtiment, et à 60, répartis entre 4 bâtiments, leur nombre par établissement.

Sans cette clause, des enfants seraient actuellement instruits et élevés à la colonie de Chalfont où deux villas avaient été construites dans ce but, l'une pour des garçons et l'autre pour des filles. Chaque villa avait été bâtie pour recevoir 24 enfants, mais comme le Ministère de l'Instruction Publique ne permet de n'y admettre que 15 enfants, elles sont pour le moment employées pour d'autres cas. La Société Nationale pour l'occupation des épileptiques, et les autorités scolaires de Londres (London School Board) qui ont dans leur ressort environ 350 épileptiques, ont présenté au Ministère de l'Instruction Publique une pétition demandant de modifier cette clause et de porter à 24 le nombre des enfants pouvant être admis dans le même bâtiment, et il y a lieu d'espérer que le Ministère donnera bientôt une réponse favorable.

L'expérience a démontré que les cas de jeunes épileptiques sont ceux dans lesquels le système de traitement de la colonie donne les meilleurs résultats. A l'institution pour épileptiques de Zürich, le résultat du système d'éducation est des plus marqués. Dans leur rapport, les autorités de cet établissement disent que les enfants « apprennent a ressaisir et exercer leurs facultés désorganisées, à se maîtriser, à être exacts et soumis, et par-dessus tout (ce qui manque souvent aux épileptiques) à trouver du plaisir à s'occuper régulièrement, et à regagner la confiance, souvent perdue, en leur propre capacité d'exécution ». Les attaques sont moins fréquentes et il y a des exemples qui prouvent qu'avec un système d'éducation convenable et un nombre suffisant de maîtres on arrive à faire de grands progrès intellectuellement et physiquement. L'essai qui a été fait à Chalfont confirme cette assertion. Bien que le comité ait été jusqu'à présent empêché de recevoir de jeunes enfants, il est cependant si convaincu de l'importance d'occuper les épileptiques dès le plus jeune âge possible, qu'il a admis 24 jeunes garçons de quatorze ans. L'état de ces derniers s'est amélioré

d'une façon très satisfaisante, ils ont l'air bien portants et gais, et sont heureux et satisfaits. Pendant les soirées d'hiver, on leur enseigne la lecture, l'écriture, l'arithmétique, le dessin et l'histoire, et pendant la journée en hiver comme en été, ils sont employés à la ferme ou à d'autres occupations.

Sans aucun doute, la connaissance des bons résultats obtenus sur le continent par l'éducation des enfants épileptiques a engagé le Ministère de l'Instruction Publique à faire quelque chose dans cette direction, car le comité du Conseil de l'Instruction Publique a publié une décision à la date du 26 février 1900, qui pourvoit à l'instruction des enfants faibles d'esprit et épileptiques, sur les sujets suivants : lecture, écriture, arithmétique, chant, récitation, leçons de choses, dessin, travaux à l'aiguille pour les filles, exercices physiques et travaux manuels. C'est là un très bon arrangement car il pourvoit à l'éducation physique aussi bien qu'à l'éducation intellectuelle et dans le cas des plus jeunes enfants on emploie le système « d'enseignement par l'action » habituellement en usage dans les classes enfantines (kindergarten). Parmi les plus âgés, les garçons apprennent différents métiers et les travaux du jardin et des champs; les filles apprennent la cuisine, le blanchissage et l'économie domestique pratique, outre les travaux à l'aiguille déjà mentionnés.

Malgré tout ce qui a déjà été fait, il faudra construire encore beaucoup d'autres colonies pour pourvoir aux besoins de ces infortunés malades. On évalue à 40 000 le nombre des épileptiques dans les Iles Britanniques et une grande partie d'entre eux résident sans doute dans les hospices (workhouses), où, à mon avis, ils ne devraient pas être. Beaucoup des meilleurs cas de la colonie de Chalfont ont été ceux de colons qui avaient été dans les hospices peu de temps seulement et qui avaient glissé dans le paupérisme non pas de leur propre faute, mais simplement parce qu'ils n'avaient pu obtenir de travail. Il faut espérer que les autorités non seulement de l'Angleterre et du pays de Galles, mais aussi de l'Ecosse et de l'Irlande où rien n'a encore été fait en faveur des épileptiques, suivront l'exemple des autorités de Chorlton et Manchester, et de Leicester, et fonderont des colonies pour les épileptiques. Dans les régions où les

nombres sont peu élevés, plusieurs comtés pouraient fonder en commun une colonie pour leurs épileptiques, ou bien les comtés pourraient fournir les fonds nécessaires à la construction d'un bâtiment à la colonie da Chalfont, comme les autorités de Hampshire le font en ce moment.

Pour la classe qui est au-dessus de la classe des indigents des efforts volontaires seraient bien nécessaires. En ce qui concerne les enfants la loi sur l'Instruction Elémentaire de 1899 (enfants défectueux et épileptiques) dont il a déjà été question, permet aux autorités scolaires d'établir des écoles approuvées par le Ministère de l'Instruction Publique pour les enfants épileptiques, et de contribuer à l'entretien des écoles aprouvées. Ces autorités doivent pourvoir à la nourriture, an logement et au traitement médical des enfants aussi bien qu'à leur instruction. J'espère que quand la restriction à quinze du nombre des enfants pouvant être admis dans le même bâtiment, sera levée, des dispositions seront prises pour que les enfants épileptiques dépendant des autorités scolaires de Londres (London School Board), dont l'état exige des soins dans un établissement d'épileptiques, soient admis à la colonie de Chalfont, car la loi permet de faire un tel arrangement.

Dans ce travail je n'ai parlé que du traitement des épileptiques dans des colonies, car c'est un mode de traitement plus récent que le traitement dans les hôpitaux qui est en pratique depuis des siècles, et de plus le traitement dans les colonies doit être appliqué aux malades qui ont été traités dans les hôpitaux, mais chez qui les attaques se produisent si fréquemment qu'il leur est impossible d'obtenir et de garder un emploi dans la vie ordinaire [1].

[1] Rappelons que Ferrus, probablement le premier, alors qu'il était médecin de Bicêtre, a organisé la colonie de la Ferme Sainte-Anne où s'élève aujourd'hui l'Asile clinique. Nombre d'épileptiques y figuraient à demeure avec des aliénés. Tous les matins un groupe d'épileptiques et d'aliénés y était envoyé de Bicêtre, dont la colonie était une dépendance. Un autre groupe se rendait à la Salpêtrière pour faire de gros ouvrages, entre autres les travaux de salubrité. (B.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XIII[e] CONGRÈS

DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bruxelles, du 1[er] au 8 août 1903

(*Suite*)

SÉANCE DU 7 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. DOUTREBENTE

Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses. (Rapport présenté par M. le D[r] TRÉNEL, médecin de l'asile Saint-Yon.)

GÉNÉRALITÉS SUR L'AGITATION ET L'INSOMNIE

Une étude séméiologique de l'agitation et de l'insomnie serait l'introduction naturelle de cette revue thérapeutique. Mais est-il nécessaire de décrire ici des types que chacun a facilement devant les yeux. Le maniaque, le confus, l'anxieux, le dément agité, etc., présentent des tableaux cliniques trop connus. De plus, pour exposer et apprécier au point de vue du traitement les modes variés d'agitation, on ne peut guère s'appuyer que sur l'intensité de cette agitation, comme le faisait récemment remarquer Meltzer, et ne parler que d'agitation intense, forte, ou faible. Néanmoins, et quoique la nature véritable de l'agitation soit seulement soupçonnée puisque nous ne savons pas d'une façon précise quels éléments anatomiques, quels centres entrent en jeu dans ces phénomènes d'excitation nerveuse, ni à plus forte raison quels troubles physico-chimiques les produisent — on peut reconnaître diverses formes de l'agitation. En l'absence de données sur la cause intime du syndrome, on peut, en s'appuyant sur certains caractères, purement extérieurs il est vrai, classifier d'une façon au moins clinique, mais aussi quelque peu schématique, ses différentes modalités. C'est ainsi que Pochon nous a donné une bonne définition des divers états d'agitation, et avec lui on peut décrire l'excitation simple, l'agitation par réaction et l'agitation automatique. L'agitation simple est, dirons-nous, celle du maniaque ; cela seul suffit à la définir et à la décrire ; elle semble être un phénomène primitif. Par opposition, l'agitation par réaction peut être considérée

comme un phénomène secondaire. C'est le symptôme par lequel le malade répond à certaines causes, soit psychiques, soit psycho-sensorielles, comme la douleur morale du mélancolique, ou l'hallucination du persécuté. Cette agitation n'est pas, comme dans la manie, l'essence même de la maladie; elle est même très contingente, car nous voyons les causes apparentes, qui la produisent dans certains cas, avoir des effets opposés dans d'autres. La douleur morale peut donner lieu chez le mélancolique aussi bien à une agitation anxieuse qu'à une dépression profonde ; les hallucinations terrifiantes peuvent provoquer des réactions motrices d'une violence extrême aussi bien que la stupeur la plus intense; et cela dans des conditions en apparence analogues, bien plus, à des intervalles très courts chez le même malade.

L'agitation automatique est d'origine plus obscure encore. Elle se produit dans les cas où les centres supérieurs ont perdu tout pouvoir régulateur ; nous en trouvons le type le plus complet chez l'épileptique ; les déchus de toute espèce la présentent aussi, que ce soit l'idiot, le dément précoce, le dément paralytique ou sénile. C'est sous cette forme que l'agitation est le plus incoercible.

Dans chacune de ces variétés, nous ne pouvons dire espèces, car il existe de l'une à l'autre de multiples formes de passage, on doit reconnaître tous les degrés possibles ; de la simple surexcitation de l'hystérique à l'agitation du maniaque, il n'y a souvent qu'une différence d'intensité ; l'automatisme de l'épileptique peut aller, des quelques gestes plus ou moins coordonnés qui suivent l'attaque, aux violences les plus aveugles.

L'insomnie simple est celle que chacun connaît et peut avoir eu, plus ou moins, l'occasion d'éprouver. C'est elle que l'on rencontre le plus souvent chez les névropathes, les neurasthéniques et les hystériques. Elle ne s'accompagne d'aucun autre phénomène physique ou psychique notable, c'est le manque de sommeil pur et simple, le non-sommeil, l'asomnie pour employer l'expression de Freund. En dehors de toute excitation extérieure, de toute douleur, l'on reste vigile, et cet état peut durer des nuits et des nuits; les neurasthéniques surtout en sont les victimes. Il faut, il est vrai, se défier de leur dire, car parfois ces malades, tout en jouissant d'un sommeil sinon complet, du moins suffisant, croient ne pas dormir ou le prétendent avec plus ou moins de bonne foi.

Les aliénistes n'ont qu'exceptionnellement à constater cette variété d'insomnie. Cependant elle est fréquente à la période d'incubation des vésanies. Ce qu'ils observent le plus souvent à l'asile, c'est l'insomnie des mélancoliques simples, de ces malades qu'à chaque ronde le veilleur trouve assis sur leur lit, qui ne dorment que d'une façon interrompue, intermittente, fragmentaire, indépendamment même de toute cause extérieure de réveil. Cette insomnie se rencontre encore chez les paralytiques comme symp-

tôme prémonitoire. Chez les maniaques, l'insomnie fait partie intégrante du syndrome manie. Les anxieux dorment peu et mal, et leur sommeil est peuplé de cauchemars en rapport apparemment avec les pénibles sensations organiques qu'ils ressentent. Tous les hallucinés, en général, dorment mal; dans l'état d'attention expectante où ils se trouvent, cette insomnie habituelle est facilement concevable. On peut prendre parfois sur le fait le rôle direct de l'excitation psycho-sensorielle, d'origine centrale ou périphérique, dans l'insomnie de ces malades. Chez les hallucinés à hallucinations génitales, en outre du rôle indéniable du rêve, particulièrement actif chez eux, des sensations anormales manifestes produisent le réveil; chez tous ces malades, dont les sensations internes sont perverties, la nuit ramène une recrudescence des phénomènes morbides. Mais c'est dans les cas d'hallucinations psycho-motrices que le réveil nocturne peut se montrer, avec la dernière évidence, en rapport avec les troubles de l'innervation motrice et sensorielle; et nous l'avons pu constater, en toute certitude, dans certains cas, chez des malades capables de rendre compte de leurs sensations avec sincérité. Inutile de rappeler l'insomnie des intoxiqués en général, des alcooliques en particulier, chez qui l'obscurité à elle seule ramène le délire hallucinatoire. Mais il est probable que, chez nombre d'autres malades, les troubles, non définis encore, des divers processus physiques qui marquent le début du sommeil ne sont pas sans jouer quelque rôle dans la genèse de l'insomnie.

Le sommeil n'est pas seulement diminué dans sa quantité, mais bien aussi troublé dans sa qualité. On sait qu'il existe une courbe tout à fait régulière de la profondeur du sommeil, la plus grande profondeur du sommeil étant atteinte à l'état normal, d'une façon rapide dès les premières heures, pour diminuer ensuite très rapidement aussi, ce qui s'exprime par une chute brusque de la courbe; puis le sommeil, à partir de la troisième heure, devenant de plus en plus superficiel jusqu'au réveil avec oscillations peu marquées. A côté de ce sommeil régulier, normal, dont la courbe est figurée partout, il semble en exister un autre, dont la courbe a été déterminée par les expériences d'un élève de Kraepelin.

Michelson, reprenant les expériences analogues faites antérieurement, a démontré que, normalement, le sommeil présente un maximum de profondeur au troisième quart d'heure de la deuxième heure. La courbe traduit une ascension progressive jusqu'au deuxième quart d'heure de la deuxième heure, puis une ascension rapide dans le deuxième et troisième. Après l'acmé, il y a une descente rapide jusqu'au deuxième quart de la troisième; enfin une lente descente jusqu'à la deuxième demi-heure de la cinquième heure. A ce moment, il y a une faible et lente augmentation de l'intensité du sommeil ayant son maximum en une heure, puis

une diminution. Ce serait là la courbe normale du sommeil. Mais Michelson a observé une courbe d'une autre forme. La précédente traduit une augmentation et une diminution rapide de la profondeur du sommeil qui est très faible le matin à l'approche du réveil. Dans celle-ci, au contraire, l'augmentation et la diminution sont lentes à se produire et sont moins marquées que dans l'autre forme; mais aussi le sommeil reste plus profond jusqu'au réveil. Michelson fait ici une remarque qui nous intéresse au premier chef : la première courbe est, avons-nous dit, la courbe normale, la seconde serait celle des neurasthéniques, des psychopathes. Ceux-ci ne sont nullement reposés le matin, à l'inverse des gens normaux ; et si l'on examine, dit-il, les faits pathologiques, on constate que certains malades ne parviennent pas à s'endormir, mais finissent par tomber dans un profond sommeil le matin, que d'autres s'endorment vite, mais s'éveillent bientôt et ne se rendorment plus que très difficilement. A la première catégorie appartiennent les mélancoliques, les neurasthéniques. Michelson attribue l'épuisement qu'ils présentent dans la matinée au fait que l'anémie nécessaire au repos cérébral ne se produit pas — ceci ne peut être accepté que sous toutes réserves.

Les deux formes de la courbe se retrouveraient chez les circulaires : dans la période dépressive, ces malades s'endorment difficilement, rêvent beaucoup, se réveillent tard, avec une sensation de vide dans la tête et se sentent plus ou moins fatigués dans la journée. Dans la période d'agitation, ils s'endorment vite et profondément et ne rêvent pas, mais ils se réveillent vers minuit et commencent alors leur tapage habituel. Souvent ils ont, par contre, de courts moments de sommeil dans la journée. A ce propos, Michelson avance que l'on peut tirer une indication thérapeutique de ces constatations : dans la période dépressive, il conseille de faire prendre au malade de la paraldéhyde, qui agit vite, et dans la période maniaque, du sulfonal. Il a, en effet, éprouvé que la paraldéhyde donne un sommeil qui se rapprocbe du sommeil normal, mais est plus profond et atteint plus rapidement sa plus grande profonbeur (dès le premier quart d'heure), et les oscillations physiologiques s'y retrouvent.

C'est chez les neurasthéniques que des faits précis et des courbes analogues à celles qu'a établies Michelson seraient utiles à connaître. A leur défaut, en se basant, là encore, sur la pure observation clinique, on peut chercher à établir un certain nombre de formes d'insomnie chez ces malades. Pour schématiser, adoptons une classification telle, par exemple, que celle qui a été donnée par Lahusen. Cet auteur a déterminé trois variétés d'insomnie :

1° Il y a une diminution anormale du besoin de sommeil, d'où résulte un état d'exhaustion nerveuse qui peut être grave; 2° les malades dorment un temps variable, mais restent longtemps

éveillés avant de s'endormir ; le sommeil est interrompu par de longues veilles.

Brissaud indique une classification analogue ; il distingue parmi les neurasthéniques : 1° ceux qui s'étant endormis se réveillent dans le courant de la nuit sans pouvoir retrouver le sommeil ; 2° ceux qui n'ont pas « leur premier sommeil » naturel, qui tardent indéfiniment à s'endormir ; 3° ceux qui ont « des nuits courtes », qui s'éveillent au lever du soleil et ne se rendorment plus. Le trouble du sommeil est tel que certains de ces malades voient avec terreur arriver l'heure, nous ne dirons pas du sommeil, mais de l'insomnie.

Une place à part appartient à une forme d'insomnie très spéciale que Janet a décrite et qui est peut-être plus fréquente qu'il ne paraît. C'est l'insomnie par idée fixe, dont il a donné un exemple remarquable.

Sans vouloir généraliser, quiconque se plaît à reconnaître le rôle énorme des idées obsédantes et des processus psychiques voisins dans la genèse de la folie, trouvera, dans les faits scientifiquement observés comme ceux-ci, une confirmation sérieuse de cette théorie. Dans son cas, Janet attribue en outre à l'insomnie, comme conséquence grave au point de vue psychique, un état de confusion mentale. Ces observations de Janet sont, croyons-nous, les premières où l'insomnie des hystériques soit rationnellement expliquée. Les conséquences thérapeutiques sont faciles à tirer.

Quant aux épileptiques, leur sommeil ne donne guère lieu à des considérations particulières[1]; il n'a d'ailleurs pas été spécialement étudié, si ce n'est au point de vue des accidents qui peuvent y survenir. On sait que les accès ne troublent pas le sommeil, et que l'épilepsie nocturne peut rester longtemps ignorée du malade même.

Quelques mots sur l'insomnie des enfants : Braun, qui a fait une excellente étude et une description très étendue des terreurs nocturnes des enfants, a formulé, en quelques indications précises, les faits connus sur le sommeil normal et pathologique de l'enfant. Il conclut que le passage de la veille au sommeil, est plus court chez les enfants que chez les adultes et que le sommeil est plus profond au début, mais que chez les enfants névropathes, la première ivresse du sommeil est raccourcie.

Dans la physiologie du sommeil, il est un point qui nous intéresse spécialement au point de vue des applications thérapeutiques contre l'insomnie. C'est l'état de la circulation sanguine. On sait le rôle qu'on a fait jouer aux phénomènes circulatoires dans la production du sommeil. Mosso, après d'autres, constatait, dans

[1] Voir dans l'ancienne *Iconogr. phothogr.* de la Salpêtrière une note comparative sur le sommeil des hystériques et des épileptiques (B.).

ses premiers travaux, l'anémie cérébrale dans le sommeil et la congestion au réveil, avec phénomènes pléthysmographiques inverses du côté des membres, mais il n'a pas maintenu intégralement ses conclusions, comme le remarque Brodmann. En tout cas, Brodmann a constaté ceci chez son malade trépané; au moment du sommeil, une augmentation du volume et une élévation de la pulsation cérébrale; au réveil une diminution progressive de volume du cerveau. Ce dernier phénomène a lieu dans le réveil normal progressif; dans le réveil brusque, au contraire, il y a une congestion passagère, mais suivie d'une anémie prolongée très marquée.

Quoi qu'il en soit, il est, à l'heure actuelle, impossible d'accepter intégralement la théorie de l'anémie cérébrale comme cause du sommeil. On ne saurait trop répéter que cette anémie en paraît non la cause, mais la conséquence — c'est là, en définitive, l'opinion de Mosso, de Richet, de Binz, pour ne citer qu'eux — et les données thérapeutiques qu'on a tirées de cette hypothèse tombent d'elles-mêmes. D'ailleurs, il est bien évident que le sommeil médicamenteux est indépendant de l'état de la circulation, car il survient, comme on l'a fait remarquer plus d'une fois (Richet), aussi bien avec les médicaments qui ont la réputation de congestionner le cerveau qu'avec ceux qui le décongestionneraient. Les expériences récentes de Berger le démontrent une fois de plus, et prouvent, en outre, que l'observation directe est loin de vérifier les suppositions que l'on a faites jusqu'ici au sujet de l'action des médicaments sur l'état vaso-moteur de la circulation cérébrale. C'est là une question à reprendre tout entière malgré les recherches de Mosso, Sciamanna, Berger, etc. Elle se complique encore dans la supposition qui a été faite, en particulier par de Boeck et Verhoogen, d'une anémie de certaines régions cérébrales et d'une congestion simultanée d'autres régions. Pour eux les ganglions de la base se congestionneraient, tandis que l'écorce s'anémierait. Cette théorie rappelle un peu une opinion ancienne de Meynert, à propos des psychoses périodiques. Mais nous ne pouvons suivre les expérimentateurs sur ce terrain, car, en réalité, les faits positifs manquent.

Il esi encore un point qui nous intéresse ici particulièrement. c'est l'état de la circulation générale dans ses rapports avec les troubles du sommeil. On sait que dans le sommeil la fréquence du pouls diminue, ainsi que la pression sanguine; la diminution peut être telle, que le pouls tombe de 70 pulsations à 54 (de Fleury); mais elle est loin d'être toujours aussi considérable (Brodmann).

La diminution de la pression (normalement 105 à 130 millimètres d'après Gartner) et de 20 à 35 millimètres (Pilcz). C'est aux variations de la pression que l'on a voulu rapporter l'origine de certaines insomnies. On peut admettre, en effet, qu'uue pression san-

guine moyenne correspond à un état normal du sommeil, qu'au-dessus et au-dessous de cette pression, l'insomnie peut apparaître. Par analogie avec les données que Dumas a établies à propos des manies et mélancolies à hypotension et à hypertension, de Fleury[1] a pensé pouvoir admettre des insomnies à hypo et à hypertension.

Chez les neurasthéniques, il s'agirait spécialement d'un état habituel d'hypotension exagérée. De Fleury a observé un de ces malades chez qui la pression, déjà souvent basse à l'état de veille (100 à 140 millimètres), tombait, le soir, à 50 ou 60 millimètres d'où une insomnie persistante ; tout procédé relevant la pression à 80 ou 90 millimètres ramenait le sommeil. Le même auteur pense que le réveil nocturne des neurasthéniques, symptôme si fréquent et si remarquable par sa brutalité, dépend de la chute brusque de la pression sanguine à la fin de la digestion. L'hypothèse est plausible.

Bruce, à une date plus récente, admet de même que l'insomnie survient aussi bien dans les cas où la pression sanguine est élevée que basse, mais il donne d'autres chiffres que De Fleury, les limites de la normale étant pour lui de 110 à 130. Il note aussi que, chez les individus sains, la pression, le matin, est plus élevée que le soir, tandis que le contraire a lieu chez beaucoup d'insomniaques.

Daraszkievicz explique la sensation de chute qu'éprouvent les neurasthéniques au moment de s'endormir ou dans le sommeil, par la détente musculaire qui se produit alors et dont il résulte un relâchement subit de toutes les pièces du squelette. Les neurasthéniques éprouvent souvent, avant de s'endormir, une vive secousse de tout le corps, ce qui les réveille d'une façon pénible. Daraszkievicz explique ce phénomène par le fait que les centres reprennent brusquement leur pouvoir sur le tonus musculaire, pouvoir qu'ils étaient sur le point de perdre, ce qui donne lieu à une contraction brusque de tous les muscles. Des bruits subjectifs peuvent être entendus par les malades quand le phénomène du relâchement se passe dans les muscles de l'oreille moyenne. Au réveil, un phénomène analogue peut se produire. L'auteur l'a observé sur lui-même. On en conçoit facilement les conséquences chez des malades tels que les neurasthéniques.

L'insomnie au cours des vésanies et des névroses a une importance qu'il est puéril de faire ressortir; mais on doit constater cependant que l'importance de ce grave trouble par rapport aux phénomènes morbides concomitants n'a guère été mesurée d'une façon précise au point de vue clinique. Pourtant Obersteiner a

[1] M. de Fleury. — *L'insomnie et son traitement*, 1894. — *Grands symptômes neurasthéniques*, 1902.

donné quelques indications à ce sujet. On peut admettre avec lui dans l'insomnie des aliénés divers degrés de gravité. D'après lui, un mélancolique, par exemple, qui se dépense peu, qui n'utilise ni sa force physique, ni son activité mentale, peut supporter une insomnie prolongée avec un dommage faible relativement. Au contraire, tel dément, qui ressemble par son allure à un mélancolique, et qui se dépense aussi peu que lui, souffrira plus de l'insomnie, car son cerveau, beaucoup moins intact, a besoin d'une restauration plus complète. Ces considérations ne sont pas sans intérêt, quoique peut-être trop schématiques.

C'est ici le lieu de rappeler les importantes expériences de Manacéine. Cet auteur a observé que l'on peut encore sauver de l'inanition de jeune chiens au vingtième et au vingt-cinquième jour, après qu'ils ont perdu 50 p. 100 de leur poids, mais qu'une insomnie absolue les tue en 96 à 120 heures, alors même qu'on les nourrit suffisamment.

Agostini a aussi observé, au cours d'insomnies ayant duré six à neuf jours, un délire qui guérit par le repos et qu'il dénomme « délire transitoire agrypnique », se traduisant par de la confusion, des actes désordonnés, des hallucinations incohérentes, et s'accompagnant d'amnésie ; ce délire dure de quelques heures à quelques jours et le pronostic en est bénin.

Au point de vue des phénomènes somatiques, Patrick et Gilbert ont été étonnés, à bon droit, de constater une augmentation de poids durant l'insomnie et une perte brusque après le sommeil réparateur. Cette perte s'accusa même dans un cas par une diminution de deux onces par rapport au poids antérieur du sujet. En rapport avec cette augmentation de poids existait un accroissement de l'acide phosphorique et de l'azote dans les urines, accroissement proportionnellement plus grand pour l'acide phosphorique. (Il semble qu'il n'y ait guère lieu de tenir compte de ces derniers phénomènes, qui pouvaient être dus à l'alimentation et à l'absence d'exercice.)

Nous rappelons ces expériences surtout à titre documentaire, en raison de la rareté de faits analogues, mais aussi parce qu'il y a une notion à en retenir, c'est l'apparition d'hallucinations visuelles. Ce phénomène parait être un phénomène très général dans tous les états d'épuisement (fatigue, inanition, etc.); mais il a ici pour nous une importance particulière en raison de l'application que nous pouvons en faire au sujet qui nous occupe. Il est loisible d'admettre qu'il doit se produire chez certains de nos malades et chez eux l'insomnie habituelle peut, en dehors même de l'épuisement physique qu'elle cause, avoir une influence directe sur le développement du délire et de l'agitation. On se trouve chez certains de ces malades, en présence d'un cercle vicieux où l'agitation entretient l'insomnie et l'insomnie exagère l'agitation.

Nous croyons devoir nous abstenir d'analyser et d'apprécier ici les multiples recherches faites dans ces dernières années sur l'histologie du sommeil. Malgré le haut intérêt de ces travaux, qui pourraient aujourd'hui fournir à de longues considérations, nous croirions sortir du cadre qui nous a été tracé. Nous n'en pensons pas moins que c'est dans cette voie, dans la méthode anatomique et peut-être plus encore dans des études de chimie biologique hors de notre portée, que la solution du problème sera trouvée quelque jour. Quant au reste, toute tentative d'explication n'est encore, à l'heure actuelle, qu'une hypothèse de « *métaphysiologie* », pour employer un mot de M. Soury.

Poser la question du traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses, c'est demander presque de résoudre celle du traitement de l'aliénation mentale, car à l'heure actuelle ce sont là en vérité les seuls symptômes sur lesquels nos moyens thérapeutiques puissent agir. Pour les maladies nerveuses, au contraire, ce n'est qu'un chapitre important il est vrai, de leur histoire thérapeutique. On peut dire que la moitié de nos malades sont amenés dans les asiles en état d'agitation : la statistique de M. Magnan, que nous reproduisons (p. 131), donne 10 000 malades traités par l'alitement (donc presque tous agités) sur 18 000 entrées en cinq années ; et sur les 8 000 restants combien pouvaient présenter de l'insomnie ! Un rapport sur une question d'aussi vaste étendue présentait donc quelques difficultés d'exécution.

Il fallait mettre au point la question des hypnotiques et celle des moyens physiques de traitement ; pour chacune de ces parties et pour les chapitres composant chacune d'elles, il était indispensable d'établir les données physiologiques et cliniques sur lesquelles peuvent être basées les diverses applications des procédés à étudier.

Pour les hypnotiques en particulier, la diversité des substances à examiner, et sur beaucoup desquelles il a été écrit des volumes, la tâche était spécialement quelque peu ardue. Dans la masse des documents, il fallait faire un triage soigneux et se livrer à une critique serrée des résultats donnés, parcourir des pages pour recueillir des faits bien précis. Quand on entre dans une telle étude, on est surpris, en effet, du peu de précision qu'apportent trop souvent les auteurs dans la vérification des faits, dans les applications des traitements, dans l'exposé des résultats obtenus. Trop souvent aussi on retrouve les répétitions aveugles de faits plus ou moins bien établis. L'auteur tente de faire un choix, en remontant autant que possible aux travaux primordiaux. Et, de son propre avis, peut-être cette recherche l'a-t-elle entraîné trop loin et l'a exposé à donner à la première partie de ce rapport une étendue à laquelle la seconde n'est pas proportionnée. Il a tâché

de schématiser les faits principaux connus à propos de chaque médicament en s'attachant à donner pour chacun d'eux une esquisse physiologique d'après les autorités les plus autorisées. Il était difficile d'exiger, dans les conditions où le rapporteur était placé, qu'il fît autre chose que reproduire les opinions des auteurs. La vérification de l'action d'un seul médicament demande des mois d'études.

L'examen de la question au point de vue de la chimie générale ne pouvait être abordée que par un chimiste de profession et Trénel a dû la laisser de côté; elle a été exposée avec une compétence et une clarté incomparables par Pouchet, c'est à ses leçons qu'il renvoie. Il s'est donc borné à prendre tour à tour chaque médicament et à en faire, au point de vue précis auquel il devait se placer, un exposé succinct. Il a volontairement laissé de côté l'insomnie causée par la douleur, elle était évidemment hors de cause et l'aurait entraîné à donner la revue des analgésiques, ce qui n'eût pas eu de fin.

Le chloral est le plus universel des hypnotiques. On l'emploie dans les cas les plus variés, dans tous les cas, peut-on dire, d'insomnie; c'est à lui que l'on finit toujours par recourir quand les autres hypnotiques font défaut. Et même pour certains médecins, c'est l'hypnotique unique. Son action dépressive sur la circulation, parfois extrême, surtout aux doses toxiques, a été peut-être exagérée sur la foi des expériences sur les animaux. Les cas de mort sont presque toujours dus à des lésions cardiaques antérieures. Mais, même chez les cardiaques on a pu l'employer sans inconvénient. Le somme qu'il procure est assez rapide, parfois même instantané, et habituellement sans période d'excitation manifeste. Il ne s'accompagne pas moins d'une courte ivresse, très agréable, semble-t-il, car l'accoutumance morbide est fréquente. Le chloral conserve son activité même après un usage prolongé, sans nécessité d'élever les doses ; on peut admettre qu'il n'y a pas de forme d'insomnie qui résiste à son action ; mais chez les névropathes la crainte de l'accoutumance devra rendre très prudent. Chez les aliénés, il n'est pas de forme morbide qui n'ait été soumise avec succès à son action ; et c'est presque une superfétation que d'insister à ce sujet. Le chloral est un hypnotique pur et n'a pas d'emploi comme sédatif (le bromure est dans ce dernier but commnnément employé comme adjuvant). Les doses fractionnées ne sont guère recommandables. Seulement il arrive que chez les malades où l'action du chloral s'épuise vite, il est indiqué de donner une dose moyenne en deux fois : au coucher et dans le courant de la nuit. On a cherché à substituer au chloral des produits en dérivant, et possédant toutes ses propriétés hypnotiques sans ses inconvénients.

Le plus grand désaccord règne au sujet du *chloralamide*. Les

uns ne lui reconnaissent pas de supériorité sur le chloral, d'autres le considèrent comme évitant l'action cardio-vasculaire de ce dernier. Certains le regardent comme convulsivant. Dans de telles conditions on peut hésiter dans son emploi, d'autant qu'il paraît échouer là où échoue le chloral. Il semble en tous cas ne lui être nullement supérieur chez les grands agités. Pour son emploi dans le delirium tremens en particulier, où le chloral a été longtemps le principal médicament, les avis les plus catégoriquement opposés ont été émis.

Le *croton-chloral* est tombé en désuétude, cependant aux doses thérapeutiques il ne paraît pas donner lieu à des troubles circulatoires importants et le sommeil qu'il produit serait calme et reposant. A une époque plus rapprochée, le *chloral-uréthane* (*ural*) a été très recommandé. Son action est assez irrégulière en raison de sa faible solubilité ; il est moins actif que le chloral, déprime autant la pression et donne lieu à des troubles digesttifs.

L'*Ethyl-chloral-uréthane* (somnal) est un médicament mal défini et son emploi s'accompagnerait d'une action excitante des fonctions génitales qui, si elle est aussi fréquente qu'on l'a dit, en fera abandonner l'emploi, d'ailleurs peu étendu, semble-t-il.

Le *chloral-antipyrine* s'adresse surtout aux insomnies à la douleur et il n'est cité que pour donner au complet la revue des dérivés du chloral ; d'ailleurs, au point de vue auquel nous nous plaçons, il est certainement inférieur au chloral et ne s'applique qu'aux insomnies légères.

La principale objection à faire au *chloralose* est sa propriété convulsivante, que Richet même compare à celle de la strychnine; les phénomènes convulsifs consécutifs à son emploi doivent le faire rejeter dans tous les cas où l'on peut craindre l'exagération d'un état spasmodique. Il n'en est pas moins un hypnotique utilisé dans les cas les plus variés avec un certain succès. Les doses fractionnées ont pu être employées comme sédatif dans divers états d'agitation. Le *chlorétone*, très peu répandu et très toxique, ne mérite qu'une citation.

L'*uréthane* est un hypnotique faible, mais inoffensif, et a été employé dans l'insomnie des enfants. Il est actuellement peu utilisé ; mais son dérivé, le métyl-propyl-uréthane (hédonal) a fait l'objet de recherches récentes. Le pouvoir hypnotique en est plus élevé que celui de l'uréthane, mais ne paraît pas suffisant pour s'adresser aux agités, mais seulement aux insomnies simples. La polyurie qu'il produit souvent le rend peu utilisable.

Le *méthylal* est hypnotique faible et infidèle qui n'a guère eu d'application pratique que dans l'alcoolisme.

L'*acétophénone* (*hypnone*) est un hypnotique faible et d'une toxicité élevée qui l'a fait abandonner.

Beaucoup plus important que les substances précédentes est

l'hydrate d'amylène. Quoique donnant lieu expérimentalement, et aussi parfois aux doses thérapeutiques, à un abaissement de température (jusqu'à 35°) et à quelques troubles circulatoires (irrégularités cardiaques), il procure quinze à quarante-cinq minutes un sommeil calme et réparateur, et dont le réveil est facile. Son action est sûre à la dose de 5 grammes, mais l'accoutumance est rapide et parfois le sommeil est précédé d'une période d'excitation qui peut prendre la forme d'une véritable ivresse. Il est impossible actuellement d'indiquer quelque application spécifique de l'amylène si ce n'est peut-être dans l'épilepsie convulsive, quoiqu'il ne paraisse pas avoir d'action bien spéciale sur les accès psychiques de l'épilepsie. Il peut en général être substitué au chloral et se prêter aux mêmes associations, mais il est sans aucun doute moins actif.

Récemment, la combinaison du chloral et de l'amylène, le *dormiol,* a été donné comme devant remplacer le chloral dans la plupart de ses indications. Des doses élevées, dépassant les doses permises de chloral, seraient beaucoup moins toxiques que ces dernières. Les plus chauds partisans du nouveau médicament reconnaissent qu'il n'y en a pas actuellement d'indication spécifique et en reconnaissent l'insuffisance dans les grandes agitations. Il parait, comme activité, tenir le milieu entre le chloral et l'hydrate d'amylène.

Les *sulfones* sont certainement l'une des plus précieuses acquisitions de la médication hypnotique. Mais les dangers de leur emploi sont trop certains et les cas de mort avec troubles moteurs, respiratoires et cardiaques, avec hémato-porphyrinurie, sont nombreux. L'emploi des alcalins est réputé comme préventif et curatif de ces accidents. Le *trional* a le grand avantage d'être moins toxique que le *sulfonal* et d'agir plus vite. On l'emploiera de préférence par doses descendantes et interrompues en raison de l'accumulation, d'après la méthode de Mairet, en partant de la dose de 2 grammes.

Il n'est pas de maladie nerveuse ou mentale où les sulfones n'aient été employés avec des succès variables dans des cas en apparence identiques. Le sommeil, plus rapide pour le trional que pour le sulfonal, lequel n'agit parfois qu'au bout de plusieurs heures, paraît satisfaisant et reposant, quoique suivi éventuellement de céphalalgie, d'une sensation de fatigue, de vacillement, de troubles digestifs, symptômes le moins marqués pour le trional. Ce sommeil ressemble au sommeil naturel et on a dit que les sulfones ne sont pas des stupéfiants, mais des substances adjuvantes du besoin de sommeil.

Ils sont à éviter dans tous les cas où existe une faiblesse physique marquée. Ils donneraient de meilleurs résultats dans les cas d'agitation motrice (on est en droit, en effet, de leur attribuer une

action presque spécifique sur le système moteur, évidente surtout dans les intoxications), de moins bons dans les cas hallucinatoires ; on leur a même attribué le pouvoir de produire des hallucinations. A citer pour mémoire la méthode inacceptable de la *narcose trionalique* continue dans les psychoses aiguës.

La *paraldéhyde* a l'avantage de son innocuité presque absolue, même à très haute dose, quand elle est pure. Le seul inconvénient réel est, avec la rapide accoutumance, l'odeur d'aldéhyde que prend l'haleine et qui en réduit presque l'usage aux malades non conscients, dans les asiles. Comme action spéciale, la paraldéhyde serait préférable au chloral dans l'alcoolisme aigu en raison de l'absence d'action sur le cœur. Elle s'allie commodément au sédatif. Citons, sans insister, la possibilité de donner simultanément la paraldéhyde et le trional, qui agiraient ainsi à doses plus faibles.

L'opium et ses alcaloïdes paraissent offrir des indications communes. Trénel passe en revue les principaux de ces alcaloïdes, mais pense que c'est l'opium qui est encore actuellement le plus employé. Il est singulier de constater que l'accord n'est pas absolu sur les indications. Comme calmant et soporifique, chez les anxieux, il est accepté d'une façon générale ; les déboires qu'il a donnés sont dus à la crainte des hautes doses : il ne faut pas hésiter à atteindre progressivement 1 gramme dans certains cas et ce n'est qu'à ce prix que l'action hyposthénique est obtenue. Il est bien supporté sous condition d'une surveillance très exacte. Il semble aussi qu'un examen de la pression sanguine serait un bon guide dans son emploi. Dans la manie, l'opium est indiqué, mais seulement à la période de décroissance. Dans les cas aigus, l'alcoolisme en particulier, il a donné lieu à des accidents toxiques. L'emploi des opiacés est en tout cas à éviter comme simple hypnotique. Quant à la morphine, hors l'élément douleur, il faut franchement s'en abstenir, du moins en injection sous-cutanée, chez les nerveux quels qu'ils soient et les aliénés curables. Peut-être les nouveaux dérivés, l'*héroïne* et la *dionine*, seront-ils des succédanés utilisables, mais leur emploi en médecine mentale et nerveuse, hors les faits de substitution à la morphine, est à peine expérimenté. Trénel rapporte cependant quelques expériences des auteurs d'où il résulte que leur action se confond avec celle de la morphine moins ses inconvénients d'accoutumance morbide ; cependant, il existe un cas d'héroïnomanie. La *péronine* serait aussi recommandable pour les mêmes causes, quoique moins active. La *codéine*, longtemps abandonnée, a été réétudiée à nouveau ; notre impression est qu'elle ne donne que des résultats transitoires.

Le *chanvre indien* n'est pas d'usage courant chez nous; son action exhilarante le ferait facilement regarder comme indiqué chez les anxieux : l'expérience démontre qu'il n'en est rien. Il reste

encore plutôt un produit curieux en raison de son action hallucinogène bien connue.

Parmi les alcaloïdes des solanées vireuses, l'*hyoscine* mérite seule qu'on s'y arrête aujourd'hui. Elle se confond avec la *scopolamine*, et avec la *duboisine* probablement aussi. On a beaucoup médit de ce médicament merveilleux. Il est cependant des cas où il faut à toute force calmer les malades et les défenseurs les plus résolus du *no-restraint* l'emploient ; ce n'est peut-être qu'un médicament d'urgence, mais à ce titre il est parfaitement utilisable. Il est à la motilité ce que la morphine est à la sensibilité. Chacun admet qu'on doit paralyser la sensibilité d'un individu qui souffre d'une façon intolérable et que seule la morphine peut soulager, et l'on ne doit pas plus refuser de paralyser une agitation incoercible dans certains cas. Il est bien entendu qu'on ne devra l'employer dans ce but qu'en cas de nécessité et quand l'état physique ne s'y oppose pas. D'autres, d'ailleurs, vont plus loin et l'utilisent systématiquement chez les agités. Trénel croit qu'habituellement il vaut mieux s'abstenir de son emploi prolongé dans les cas aigus ; mais il a éprouvé que, dans les manies chroniques, l'hyoscine produit une rémission tout à fait satisfaisante sans les accidents gastriques et l'influence néfaste sur la santé générale qu'on a affirmés. D'ailleurs, les intoxications — Trénel ne dit pas les phénomènes d'intolérance, mais les intoxications mortelles — n'ont pas été enregistrées, sauf deux cas discutables. Il rapporte par ouï-dire un cas d'intoxication accidentelle par injection de 1 centigramme, dose presque 10 fois plus forte que la dose habituelle et qui nécessita la respiration artificielle pendant plusieurs heures avec succès d'ailleurs. Les cas recueillis par les auteurs montrent que les symptômes ont été plus bruyants que dangereux. Mais il n'en faut pas moins une très grande précaution. Dans les grandes agitations, l'effet sédatif ne dure que ce que dure l'action de la dose ; dans les cas chroniques, les doses fractionnées par injections ou à l'intérieur (T. préférerait ce dernier moyen) donnent une sédation durable sans véritable sommeil. L'hyoscine n'est, il est vrai, que le médicament symptomatique de l'agitation ; mais, jusqu'à nouvel ordre, elle remplit parfaitement ce but.

D'autre part, son action bien spécifique sur le système moteur l'a fait employer dans la paralysie agitante où elle procure souvent un véritable soulagement de l'état de raideur si pénible.

Trénel rappelle pour mémoire la *pellotine* et l'*ergotine*.

Pour les sédatifs, il s'est limité à esquisser un chapitre sur les *bromures*, le bromure de potassium en particulier. Le bromure est devenu le médicament universel et l'on peut presque dire qu'on l'ordonne sans discernement. On considère que tous les états d'excitabilité névropathique en sont justiciables et il faudrait énumérer toutes les affections mentales et nerveuses pour exposer les cas

où il est couramment prescrit. Quelques points particuliers retiendront l'attention au point de vue spécial actuel.

Tout d'abord, Trénel rappelle que le bromure n'est pas un hypnotique vrai : il ne produit pas directement le sommeil, il y invite, a-t-on dit ; aussi, habituellement, il est associé au chloral dont il prépare l'effet. Si son rôle dans l'épilepsie vulgaire n'a plus à être même indiqué, il serait, d'après certains, défavorable dans l'épilepsie psychique, qu'il a fait apparaître parfois comme symptôme de suppléance de la convulsion disparue. Par analogie avec l'épilepsie on l'a appliqué dans les cas périodiques, mais il n'a guère donné de résultat que dans les accès menstruels[1].

Trénel n'a pas examiné à fond la question de la diète des chlorures ; dans les cas rares d'excitation épileptique où elle fut essayée, elle a produit des résultats contradictoires.

Une autre médication, la cure opio-bromurée de Flechsig réussirait bien aussi dans l'épilepsie psychique.

Enfin le bromure a été donné à hautes doses, continues et répétées, dans les cas de grande excitation, de façon à obtenir, comme dans l'état de mal, un état permanent de *sommeil bromique*, suivant l'expression habituelle. C'est là une pratique dangereuse.

Trénel passe aux moyens physiques de traitement qui ne s'adressent guère qu'aux aliénés, et laisse de côté les pratiques hydrothérapiques simples qu'on utilise communément chez les névropathes.

L'alitement, quoi qu'il ne s'adresse qu'aux aliénés agités, n'a été formulé d'une façon ferme, en premier lieu, que pour les neurasthéniques comme mode de traitement général ; Trénel ne l'envisage pas ici à ce point de vue. Comme mode de traitement de tous les états d'agitation, avec quelques exceptions spéciales (certains cas de psychoses de la puberté), il est admis sans conteste en Allemagne ; en France, la méthode commence à être connue, mais sans être encore sortie de quelques services. Trénel n'a pas à envisager les voies et moyens de pratiquer l'alitement, mais seulement ses résultats.

La pénurie de personnel l'a empêché de faire une expérience suffisante. Mais de l'avis de ceux qui ont expérimenté l'alitement les états aigus d'agitation évoluent d'une façon bien moins bruyante et peut-être plus rapide, mais l'influence sur le pronostic de la maladie paraît bien faible au total. D'autre part, si l'agitation est considérablement influencée quant à son intensité, il semble bien que le sommeil, loin d'être amélioré, est plutôt diminué la nuit, sans que les heures perdues soient remplacées par

[1] Parmi les médicaments qu'on peut employer utilement contre l'*insomnie*, surtout chez les neurasthéniques, les hystériques, dans les états nerveux des adolescents, nous devons citer le *bromure de camphre*. (Voir : Devos, p. 231. (B).

une sieste dans la journée : ceci ressort des tableaux que l'auteur présente et qui lui ont été fournis par M. Vigouroux, médecin de l'asile de Ville-Evrard. Ce point demanderait à être mieux éclairci, et il serait utile de faire une enquête à ce sujet, ainsi que sur les autres points de la question. Quoi qu'il en soit, les relevés des malades alités dans divers services (Magnan, Briand, Vigouroux), montrent, sinon les résultats de la thérapeutique, du moins la possibilité de la réalisation de la méthode.

A la question de l'alitement se rattache celle de l'isolement. Doit-on isoler les grands agités, doit-on les aliter dans les salles communes? Trénel donne l'indication des opinions des aliénistes allemands et la pratique de MM. Magnan et Briand, dont l'un repousse l'isolement de façon absolue, l'autre y recourt encore. Si l'on laisse de côté la question de discipline des salles de malades, Trénel pense que certains agités doivent être isolés dans un but thérapeutique; les soustraire aux excitations de l'entourage est nécessaire, mais il ne s'agit pas ici de l'isolement permanent, mais bien du placement transitoire dans une chambre particulière avec surveillance. C'est aller trop loin que de vouloir faire disparaître d'une façon absolue les chambres d'isolement; là encore une enquête ultérieure serait utile.

Pour les *pratiques hydrothérapiques*, Trénel se borne à la question de grande actualité des *bains permanents et prolongés*. Il est de pratique courante, dans les cas d'insomnie simple, de donner un bain tiède le soir. Mais plus importante est la question du bain permanent. Née en France, la méthode y a été négligée, et est rééditée en Allemagne. Les auteurs donnent le bain permanent comme réalisant l'idéal de la médication sédative. Il nous manque une statistique des cas où l'hyoscine a dû être employée simultanément; il faut cependant espérer qu'il y a là autre chose qu'un moyen de diminuer l'usage des hypnotiques. En France, Trénel n'a pu se procurer de renseignements sur la méthode; elle n'y a pas, à sa connaissance, été expérimentée. Il y a là une question de personnel et de dépense qui s'oppose à sa réalisation. On accorde la préférence, faute de mieux, aux bains prolongés, mais sans leur donner bien souvent la durée de douze heures que l'on a adoptée ailleurs : 12 heures de bain, 12 heures de lit, en intercalant au besoin quelques moments de promenade, cela constitue une méthode mixte qui mériterait d'être expérimentée plus systématiquement.

Il faut insister sur un petit point qui a son importance, c'est l'action excitante des bains très chauds atteignant 36°.

Trénel étudie la question de la *balnéation froide* complètement abandonnée dans les maladies mentales. Elle serait formellement indiquée dans le delirium tremens, où elle donnerait de merveilleux résultats. Son application serait désirable dans les délires

aigus et les psychoses s'accompagnant de fièvre ; mais là aussi les documents précis font défaut.

L'*enveloppement humide* est une pratique bien connue, mais de moins en moins employée. Cet ostracisme, dû aux accidents consécutifs (cas de mort par congestion pulmonaire, par collapsus), est peut-être trop absolu. Il est vrai que les indications en sont des plus mal spécifiées.

L'auteur a fait précéder cette revue thérapeutique de l'exposé des principales données cliniques et physiologiques générales sur l'agitation et l'insomnie. Cet exposé, comme il le remarque, n'a pu être qu'un recueil de documents. Il en fait ressortir l'imperfection de nos connaissances sur le sujet qui est encore à réétudier presque tout entier, et cliniquement, et expérimentalement.

M. CULLERRE. — J'ajouterai quelques remarques au rapport si complet de M. Trénel. L'opium, dans la manie, n'a pas été préconisé seulement par Guislain. Marcé en a, en France, posé le premier, je crois, les indications. Moi-même, dans mon Traité paru en 1890, je me suis étendu sur l'utilité de l'extrait thébaïque au déclin de la manie, surtout chez les femmes. En ce qui concerne la morphine, je ne puis partager la manière de voir du rapporteur : c'est un médicament utile et précieux dans l'anxiété et un certain nombre de formes mélancoliques. Il est un médicament que je ne vois pas signalé dans le rapport, c'est l'alcool. Dans l'agitation et l'insomnie des athéromateux et des déments séniles, un verre de vin de Bordeaux ou une potion de Todd est d'un effet excellent, agréable pour le malade et plus inoffensif que la plupart des autres médicaments dirigés contre ce symptôme. L'action de l'alcool chez cette catégorie de malades a été signalée déjà par certains auteurs allemands et en particulier par de Krafft-Ebing. Enfin, je veux signaler l'action éminemment calmante, dans l'agitation incoercible de certains maniaques, mélancoliques et épileptiques, d'injections de sérum à la dose de 300 à 1.000 grammes. En même temps qu'elles améliorent l'état général, elles atténuent et parfois font disparaître l'agitation et l'insomnie d'une façon tout à fait remarquable.

M. E. DESCHAMPS (de Rennes). — Les erreurs d'une thérapeutique symptomatique peuvent aggraver des cas bénins facilement curables au contraire en s'adressant aux fonctions de nutrition qui sont en cause.

Si le sommeil ne vient pas à son heure, c'est qu'il existe une raison majeure qui s'oppose à un minimum fonctionnel, et, loin de la violenter, il est urgent de l'aider à réparer le mal contre lequel l'insomnie n'est en réalité qu'un moyen de défense physiologique. L'excrétion est la fonction la plus intimement liée au sommeil. Chez tous les sujets à nutrition retardante, la nécessité

de l'excrétion maintient en dehors des limites normales la constance de la tension vasculaire, et il importe de n'employer pour amener le sommeil que des moyens qui soient de nature à ne pas la surcharger ou encore mieux à la favoriser. Il importe donc de rejeter, chez les nerveux simples, les neurasthéniques et les hystériques, l'usage des hypnotiques, qui agissent tous en jugulant, soit immédiatement, soit secondairement, la tension vasculaire. Il nous reste les moyens d'hygiène, les moyens d'action sur les fonctions excrétrices et les moyens physiques qui agissent sur la nutrition et l'excrétion. Le régime alimentaire lacto-végétarien et l'usage des laxatifs répondent aux deux premières indications. La troisième indication est remplie d'une façon on ne peut plus satisfaisante par la balnéation à température et durée variables selon des indications faciles à déterminer.

Chez les malades qui ont conservé une endurance suffisante à la calorification, on utilisera les bains tièdes à température descendante de 34° à 26° et d'une demi-heure de durée. Chez les malades dont l'état de la fonction cardio-vasculaire ne peut plus utilement ou même sans danger être sollicitée en vue de la production croissante de calorique, nous avons recours à la balnéation chaude à température ascendante de 38° à 41° et de 5 à 8 minutes de durée.

L'action de la chaleur agit directement comme énergie excitatrice sur le système nerveux et produit rapidement une vaso-dilatation considérable qui diminue la résistance totale et augmente la partie utile de la charge du cœur. Les réactions physiologiques salutaires de cette thérapeutique sont mises en évidence par la sudation souvent très abondante qui accompagne le retour à l'hypertension et l'augmentation considérable de la sécrétion urinaire ; et l'on voit des malades que l'anurie surtout empêchait de dormir se déclarer très satisfaits d'un sommeil entrecoupé par le besoin fréquent des émissions qui du reste n'est que passager.

M. Lallemant (de Quatre-Mares) dit avoir employé le bromhydrate de scopolamine en injections sous-cutanées chez de nombreux malades agités. L'action thérapeutique de cet alcaloïde lui paraît identique à celle du sulfate de duboïsine qu'il a expérimenté autrefois avec M. Mabille. La dose de 0 gr. 003 milligr. en vingt-quatre heures, aussi bien pour ce dernier médicament que pour la scopolamine, n'a jamais été dépassée. Dans un certain nombre de cas, les malades soumis à ce mode de traitement ont présenté de la diarrhée et des vomissements, mais il a toujours suffi de supprimer le médicament pour faire disparaître ces accidents.

L'orateur ajoute que c'est seulement dans les états d'excitation qu'il a recours à la scopolamine, car il a eu l'occasion de constater que, chez les sujets déprimés, cet alcaloïde était plus nuisible qu'utile.

M. Devos (de Selzaete) insiste sur les bons résultats qu'il a obtenus avec la *codéine* et le *bromure de camphre ;* ces deux médicaments seraient, d'après l'orateur, les hypnotiques de choix. Contre l'excitation et l'agitation, M. Devos a volontiers recours à la digitale ou à la digitaline, à l'aconitine et à la cicutine.

M. Dubois (de Berne) combat, comme M. Deschamps, l'emploi des hypnotiques et des médicaments stupéfiants dans les psychonévroses. A son avis, le traitement rationnel de ces affections doit être exclusivement psychique.

M. Lalanne (de Bordeaux) préconise la duboisine. — M. L'Hoest prescrit le triconal dans l'insomnie simple, le chloralose dans l'agitation moyenne, la duboisine dans les grandes agitations.

M. Peeters (de Bruxelles) tient à signaler, parmi les moyens physiques de combattre l'insomnie et l'excitation de certains névropathes, l'électrisation faradique ou galvanique, le massage vibratoire et quelques autres procédés mécaniques utilisés actuellement en thérapeutique.

M. Doutrebente (de Blois) déclare que les enveloppements humides lui ont paru donner des résultats bien supérieurs à ceux de l'alitement dans le traitement de l'agitation. Il fait remarquer que ces enveloppements ne sauraient être assimilés à un moyen de contrainte, à une sorte de *restraint* particulier, comme l'ont prétendu quelques auteurs qui se sont appuyés sur cet argument pour combattre l'emploi du drap mouillé. L'orateur ajoute que, pour obtenir des enveloppements le maximum d'effet, on doit s'abstenir de réchauffer l'eau dans laquelle on trempe le drap — sous peine de ne pas obtenir la réaction que l'on recherche —, mais se servir d'eau à la température ambiante.

M. Trénel. — L'alitement a l'avantage incontestable de calmer les malades ; l'aspect d'un service d'agités couchés est tout différent de celui d'un quartier d'agités levés. La plus grande difficulté à la généralisation de la balnéation prolongée tient à ce que les infirmiers des asiles sont occupés pendant un nombre d'heures excessif et n'ont que des repos insuffisants dans la journée de vingt-quatre heures.

Séance de projections à l'Institut Solvay à 11 heures.

La poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte.

M. A. Van Gehuchten. L'existence de la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte ne repose encore que sur l'étude d'un petit nombre de cas anatomo-pathologiques. Duchenne (de Boulogne) a proposé, en 1872, d'isoler des multiples variétés d'atrophie musculaire

qui peuvent survenir chez l'adulte, celles qui évoluent avec une symptomatologie plus ou moins analogue à celle de la paralysie infantile. Il les désigna sous le nom de *paralysies spinales antérieures aiguës de l'adulte* et les attribua à une atrophie aiguë des cellules antérieures de la moelle.

Cette hypothèse de Duchenne fut bientôt confirmée par une observation anatomo-pathologique de Gombault; mais la valeur de cette confirmation est aujourd'hui généralement contestée. Il n'en est pas de même du cas publié par Schultze en 1878, du cas que Williamson a relaté en 1890 et d'un cas de Von Kahlden publié en 1893, qui nous paraissent être des cas incontestables de poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte, contrairement à l'opinion de Déjerine qui exprimait l'idée, en 1890, « qu'il n'existe actuellement aucun cas de poliomyélite aiguë de l'adulte dont le diagnostic ait été confirmé par l'examen de la moelle ».

Malgré ces faits, beaucoup d'auteurs n'admettent pas encore comme démontrée l'existence de cette entité morbide.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas clinique de poliomyélite antérieure aiguë chez une jeune fille de vingt et un ans, ayant entraîné en quelques jours une paralysie complète de tous les muscles du tronc et des quatre membres avec intégrité complète de la sensibilité. La mort est survenue deux mois après le début de la paralysie. L'examen de la moelle a démontré l'existence d'une destruction complète bilatérale de la corne grise antérieure depuis la moelle cervicale supérieure jusqu'au niveau du deuxième segment sacré. C'est ce que démontrent de toute évidence les coupes de la moelle qui vont *être projetées*. Cette destruction de la substance grise est le plus accentuée au niveau du renflement cervical et lombaire. Elle y est tellement intense qu'elle a entraîné un affaissement complet de la corne et un plissement de la substance blanche enveloppante.

Dans les parties détruites, il n'y a plus ni cellules nerveuses, ni fibres nerveuses. On y rencontre en abondance des vaisseaux sanguins dilatés à parois épaissies, entourées d'une couche épaisse de petites cellules. Ces lésions vasculaires semblent intéresser exclusivement les veines. C'est ce que l'on voit nettement au niveau de la fissure médiane antérieure où, à côté d'une artère du sillon, normale, on trouve une veine profondément altérée. Elles sont le plus accentuées dans la substance grise, diminuent rapidement dans la substance blanche au point que, arrivées dans l'épaisseur de la pie-mère, presque tous les vaisseaux sont normaux. Entre les vaisseaux altérés on trouve un nombre considérable de petites cellules entremêlées avec des cellules de neuroglie hypertrophiées renfermant un ou deux noyaux vésiculeux et pourvues de nombreux prolongements.

La malade ayant survécu un peu plus de deux mois au début de

l'affection, il est difficile de dire, d'après nos préparations, quelle est la nature de la lésion initiale. Nous croyons cependant que, dans notre cas, la destruction de la substance grise doit être attribuée à des hémorrhagies médullaires. Quelle que soit d'ailleurs la nature de cette lésion initiale, une chose nous parait incontestable, c'est que la lésion médullaire est une lésion primaire. Il s'en suit que l'existence de la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte ne peut plus être contestée.

L'origine réelle et le trajet intra-cérébral des nerfs moteurs établis par la méthode de la dégénérescence wallérienne indirecte.

M. A. Van Gehuchten. Pour établir l'origine réelle des nerfs moteurs, nous avons eu recours, dans ces dernières années, à la méthode experimentale de Nissl, c'est-à-dire à la recherche des cellules en chromolyse quelques jours après la section expérimentale du nerf périphérique. Cette méthode n'est pas à l'abri de tout reproche : tout d'abord la chromolyse des cellules radiculaires n'est pas un phénomène *constant*, puisque, entre nos mains, la section des nerfs spinaux n'a jamais été suivie de la chromolyse des cellules médullaires correspondantes ; ensuite cette méthode ne fournit aucun renseignement sur le trajet des fibres radiculaires entre le point sectionné et les cellules d'origine.

Nous croyons avoir trouvé une méthode nouvelle à l'abri de ce double reproche. Elle est basée sur ce fait, que nous avons établi antérieurement : c'est que l'*arrachement* d'un nerf moteur est suivi, au bout de vingt-cinq à trente-cinq jours, de la disparition complète des cellules d'origine et de la dégénérescence wallérienne consécutive de toutes les fibres radiculaires. C'est à cette dégénérescence wallérienne des fibres du bout central d'un nerf arraché, dégénérescence contraire à la proposition négative contenue dans la loi de Waller, que nous avons donné le nom de *dégénérescence wallérienne indirecte*. Pour se servir de cette méthode il suffit d'arracher, sur le lapin par exemple, n'importe quel nerf moteur spinal ou cranien, de laisser survivre l'animal pendant trente à soixante jours et de traiter la partie correspondante du tronc cérébral par la méthode de Marchi ; on y trouvera en dégénérescence complète toutes les fibres du bout central depuis leur noyau d'origine réelle jusqu'à leur sortie de l'axe nerveux. On pourra ainsi : 1° établir les masses grises en connexion avec les différents nerfs ; 2° résoudre la question encore si discutée de l'existence ou de la non-existence de fibres croisées dans les nerfs périphériques.

Nous avons appliqué cette méthode à l'étude des nerfs spinaux et de tous les nerfs moteurs craniens, à l'exception du trijumeau et du glosso-pharyngien. Les projections que nous allons faire devant vous, vous montreront les résultats obtenus.

Nerf oculo-moteur commun. — Les fibres radiculaires proviennent *toutes* du noyau classique; les plus proximales sont toutes des fibres directes, les plus distales sont à la fois directes et croisées; les premières proviennent de la partie ventrale du noyau correspondant, tandis que les fibres croisées sortent de la moitié dorsale du noyau du côté opposé. Aucune fibre ne provient ni des tubercules quadrijumeaux supérieurs (contra Majano), ni par le faisceau longitudinal postérieur du noyau d'origine du nerf VI (contra Duval et Laborde).

Nerf pathétique. — Toutes les fibres proviennent du noyau classique. Le plus grand nombre d'entre elles sortent du noyau du côté opposé et s'entrecroisent dans la valvule de Vieussens; un petit nombre de fibres sont *directes.*

Nerf oculo-moteur externe. — Toutes les fibres radiculaires sont *directes.* Elles proviennent de deux masses grises distinctes : un noyau dorsal ou le noyau classique et un noyau ventral ou noyau accessoire situé dans la formation réticulaire, conformément à nos recherches expérimentales de 1898. Ce noyau ventral, décrit par nous en 1893 et désigné par Koplan et Finkelhburg, sous le nom de « noyau de Van Gehuchten », appartient donc réellement au nerf VI et non pas au nerf VII comme le pensent Siemerling et Boedeker, Gianulli, Bach, Wyrubow et d'autres.

Nerf facial. — Le tronc du nerf facial est formé exclusivement de fibres *directes.* Le faisceau de fibres nerveuses que la plupart des auteurs considèrent comme représentant les fibres croisées du nerf facial, n'appartient pas au nerf de la septième paire. Il n'est pas formé de fibres radiculaires, mais de fibres centrales ayant leurs cellules d'origine dans le noyau de Deiters, pour devenir, après entrecroisement dans le raphé, des fibres constituantes du faisceau longitudinal postérieur.

Nerf pneumogastrique. — Les fibres motrices du nerf pneumogastrique sont *toutes* des fibres *directes.* Les unes proviennent du noyau dorsal ou noyau à petites cellules, les autres du noyau ventral, noyau à grosses cellules ou noyau ambigu, conformément à nos observations, publiées en 1898.

Nerf accessoire de Willis. — Nous avons établi, dans un travail antérieur, que les fibres bulbaires du nerf de Willis appartiennent en réalité au nerf pneumogastrique. Le nerf de la onzième paire doit donc être considéré comme ayant une origine exclusivement *médullaire.* Il est formé exclusivement de fibres *directes.* Celles-ci, réunies en petits faisceaux distincts, sortent de la face latérale de la moelle cervicale le long des cinq premiers segments médullaires. Si on poursuit leur trajet depuis leur origine apparente jusqu'à leur origine réelle, on voit que chaque petit faisceau de fibres radiculaires traverse transversalement la moelle jusqu'au niveau de la partie externe de la corne grise postérieure. Là, les fibres se

recourbent en bas pour devenir verticales, réunies en trois ou quatre petits fascicules nettement distincts. De ces faisceaux radiculaires à direction verticale, part ensuite un nombre considérable de faisceaux plus petits, à direction antéro-postérieure pouvant se poursuivre, les supérieurs, jusqu'au centre de la corne grise antérieure, les inférieurs, jusque dans la partie externe de cette même corne grise.

Nerf hypoglosse. — Les fibres radiculaires proviennent du noyau classique. Ce sont toutes des fibres directes. Le noyau accessoire de Roller ne donne pas origine à des fibres radiculaires.

Nerfs spinaux. — Après arrachement du plexus brachial ou du nerf sciatique, on voit de nombreuses fibres radiculaires en dégénérescence provenir de la corne grise antérieure du côté correspondant. Aucune d'entre elles ne provient du côté opposé. Nous pouvons en conclure que les fibres motrices continues dans les nerfs correspondants, sont exclusivement des fibres croisées.

Conclusions. — De l'ensemble de nos recherches se dégage cette conclusion : les nerfs moteurs périphériques sont tous formés de fibres exclusivement *directes.* Il n'y a d'exception que pour le *nerf pathétique*, qui est formé essentiellement de fibres *croisées* et pour le *nerf oculo-moteur commun* qui renferme à la fois des *fibres directes* et des *fibres croisées.*

Sur le mode de contact entre les neurones.

M[lle] M. Stefanowska (Bruxelles). — Il est généralement admis que, dans la conduction du courant nerveux, les prolongements dendritiques du neurone jouent le rôle d'appareils de réception et que les prolongements cylindraxiles constituent l'appareil de distribution du courant. Le passage du courant nerveux s'opère par le contact entre les dendrites d'un neurone et les arborisations cylindraxiles d'un neurone voisin. Or, l'étude de l'anatomie de la cellule nerveuse nous permet d'affirmer que, *dans la majorité des cas*, le contact entre les cellules nerveuses est assuré à l'aide d'appareils terminaux appropriés à ce but. Dans plusieurs publications antérieures, j'ai démontré que, chez les animaux adultes et bien portants, toutes les cellules corticales sont munies d'innombrables *appendices piriformes*, qui se terminent librement. Ils sont révélés par plusieurs méthodes de coloration (procédé lent et rapide de Golgi, méthode de Cox, méthode au sublimé de Flateau, méthode au bleu de méthylène vital par injection et par apposition du colorant). Dans des recherches plus récentes, j'ai signalé que ces mêmes terminaisons à bout épaissi existent également dans les noyaux gris à la base du cerveau, dans le cervelet et le bulbe. Enfin, dernièrement, j'ai trouvé les appendices piriformes dans la moelle épinière du lapin et surtout chez la grenouille. Nous voyons

ainsi que c'est là un mode général de terminaison des dendrites nerveuses. D'un autre côté, l'éminent histologique espagnol R. y Cajal a décrit depuis longtemps que les fines arborisations des fibres nerveuses dans la moelle épinière, l'écorce cérébrale et cérébelleuse, se terminent par des boutons qui entrent en contact avec les dendrites.

En résumé, les deux pôles de la cellule nerveuse portent des terminaisons épaissies, dont le contact assure le passage du courant nerveux, exactement comme cela se passe dans les machines électriques. Bien entendu, cette analogie superficielle ne préjuge en rien sur la vraie nature du courant nerveux, mais en revanche elle permet de nous placer sur le véritable terrain anatomique pour comprendre aussi bien la distribution indépendante du courant nerveux suivant les voies préétablies, que la variation de sa vitesse et même ses interruptions passagères ou définitives. Il se peut, en effet, que d'imperceptibles oscillations de ces appareils terminaux puissent ouvrir ou fermer le passage au courant nerveux dans une direction déterminée.

Cette communication ainsi que celle de M. Van Gehuchten, accompagnées de nombreuses *projections* ont vivement intéresse les membres du Congrès. Tous les assistants ont admiré l'institution Solvay.

Séance du 7 aout (soir).

Note sur une forme particulière de sitiophobie.

M. A. Cullerre (La Roche-sur-Yon). — La sitiophobie des aliénés est communément attribuée à l'état saburral des voies digestives, à des hallucinations, à des idées délirantes ou à l'idée fixe du suicide.

Certains cas, cependant, échappent à cette pathogénie et semblent relever d'une forme d'anorexie voisine de l'anorexie hystérique (Lasègue, Charcot) ou plutôt de l'anorexie mentale (Sollier).

Cette forme est assez rare; les troubles psychopathiques du malade sont étrangers à son développement : début insidieux; le refus d'aliments, non motivé, est d'abord intermittent puis devient total et peut se prolonger indéfiniment. Absence de troubles digestifs; modification progressive de l'état mental par la diminution des fonctions psychiques et la stupeur. Résistance prolongée de l'organisme. La terminaison peut être favorable, le malade au bout d'un temps plus ou moins long, se remettant à manger spontanément; ou mortelle, par marasme progressif ou plutôt affection intercurrente.

Suit l'observation d'un individu atteint de délire systématisé,

qui, sans aucun motif, se mit à refuser les aliments et ne succomba qu'au bout de deux ans à des accidents pulmonaires d'origine tuberculeuse.

M. A. Marie demande à M. Cullerre s'il a essayé l'emploi de la sérumthérapie contre cette sitiophobie, ainsi que le préconisent Krœpelin et ses élèves et comme MM. Briand et Marie l'ont appliqué avec succès à plusieurs malades déprimés de leurs services.

M. Cullerre reconnaît l'utilité fréquente du sérum, mais ne l'a pas appliqué à son malade qui était un persécuté.

Syndromes solaires expérimentaux.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — L'auteur donne le nom de *syndrome solaire d'excitation ou de paralysie* à l'ensemble des symptômes résultant de l'excitation ou de l'ablation totale du plexus solaire, réservant le nom de symptôme solaire d'excitation ou de paralysie, à chacun des troubles, pris isolément, qu'il constate, après excitation ou ablation du plexus, dans le fonctionnement des viscères dépendant du plexus solaire. Le *syndrome solaire de paralysie*, réalisé par l'ablation du plexus et non par la section des splanchniques, consiste essentiellement en abattement, tristesse, vomissements, diarrhée fétide, sanglante et incoercible, pouls très petit et rapide, urines rares et foncées contenant des pigments biliaires normaux et anormaux et de l'indican. Ce syndrome peut être aigu, subaigu ou chronique. Quand, *aigu*, il se termine par la mort, on trouve une hyperhémie très intense des organes digestifs abdominaux. Quand, *chronique*, il aboutit à la guérison, l'animal paraît jouir d'une santé parfaite. Ces faits montrent, d'une part, le rôle du plexus solaire sur la caenesthésie, la pression vasculaire la physiologie gastro-intestinale et la sécrétion biliaire. Ils montrent, d'autre part, *que la fonction régulatrice exercée par le plexus solaire peut-être compensée.* Le syndrome solaire aigu d'excitation produit par le tiraillement ou la contusion du plexus solaire, consiste essentiellement en douleur épigastrique, constipation et élévation de la tension artérielle due à la vaso-constriction abdominale.

Epilepsie thyroïdienne.

M. Bastin (Marchienne-au-Pont). — Beaucoup de dégénérescences que nous qualifions différemment ne sont pas étrangères aux lésions ou au mauvais fonctionnement du corps thyroïde. A ce propos, j'ai soigné depuis environ trois ans, plusieurs malades, porteurs d'un goître plus ou moins bien développé, qui ont présenté des attaques de grande épilepsie souvent répétées, malgré l'absorption quotidienne de fortes doses de KBr. Ces malades n'étaient pas à proprement parler des basedowiens: l'épilepsie seule attirait l'at-

tention. Est-ce à la compression de la tumeur sur les vaisseaux et les nerfs du cou, ou plutôt au résultat du mauvais fonctionnement de la glande, qu'il faut attribuer le mal comitial en pareil cas? Je crois plutôt, comme on l'admet pour le myxœdème, que le corps thyroïde secrète des nucléines diverses indispensables au maintien de l'action normale du système nerveux ou qu'il détruit, par un mécanisme encore inconnu, certaines leucomaïnes de désassimilation circulant dans le sang et empoisonnant ainsi nos cellules nerveuses. En tout cas, l'absence ou la mauvaise qualité de la sécrétion thyroïdienne est capable d'éveiller une épilepsie latente, au même titre qu'une matière toxique leucomaïne, ptomaïne, etc. On dit d'ailleurs que l'épilepsie se retrouve assez souvent dans l'hérédité myxœdémateuse. Chez tous ces malades, l'administration de 0,50 centigrammes à 1 gramme d'iodothyrine a amené une grande amélioration de leur état et, même chez certains, l'absence complète des crises jusqu'à ce jour.

La colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — Colonie pour aliénés hommes.

M. Lwoff (Ainay-le-Château). — L'installation de la Colonie de Dun-sur-Auron, destinée aux femmes, ayant donné de bons résultats, le département de la Seine décide de procéder à un essai de colonisation d'hommes. Ainay-le-Château (Allier), primitivement destiné aux femmes, est choisi pour tenter cet essai. L'existence autonome de la colonie d'hommes date du 1er juin 1900. La population se monte d'abord hostile au placement des aliénés hommes, mais s'habitue rapidement et préfère actuellement les hommes aux femmes. La colonie se développe d'une façon continue et la population, qui était de 100 en 1900, passe à 162 en 1901, à 200 environ en 1902, et, au moment où nous écrivons ces lignes, elle hospitalise près de 360 pensionnaires. Vitalité de la colonie, renseignements statistiques : population traitée, sorties, décès, évasions, professions, réintégrations, installation, matériel médical (infirmerie) et administratif de la colonie. Hygiène et alimentation des malades hospitalisés chez les habitants; l'habillement. Vie des malades à la colonie; leurs occupations; distractions. Vie libre avec surveillance médicale active et continue. Quelques mots sur les origines de l'assistance familiale. Du choix des malades. Peut-on se guider dans ce choix par les indications qu'on trouve dans les classifications existantes? Eléments du choix : âge, forme délirante, date de la maladie, etc. Organisation médicale indispensable pour assurer le bien-être moral et matériel des malades. Les inconvénients des grandes colonies. La population ne devrait pas dépasser le chiffre de 400. Difficultés que présente le service médical dans des colonies à population déterminée. Conclusions.

MM. Deperon, Marie et Meeus, à l'occasion de ces conclusions déposées devant le Congrès, font observer, malgré l'absence de l'auteur qu'on ne saurait interpréter ni accepter comme un axiome définitif la limitation au chiffre de 400 du nombre des malades d'une colonie. Tout dépend des conditions particulières et ce chiffre n'est admissible que pour la proportion des malades par médecin. Tous les services d'une grande colonie doivent être subdivisés entre les médecins par groupe de 3 à 400 malades par médecin (exemple Gheel) sans autre limitation.

La douleur à volonté.

M. le professeur Brissaud cite trois cas très intéressants de malades atteints de névralgies très douloureuses à caractère angoissant et à périodicité nocturne. Ces malades ont été guéris par un traitement psychothérapique. Il considère ces faits comme d'origine hallucinatoire. La douleur a certainement existé au début, mais elle est devenue dans la suite une obsession, une idée fixe.

M. le professeur Bernheim (de Nancy). — J'ai observé beaucoup de faits analogues à ceux que M. Brissaud vient de rapporter. Un certain nombre sont relatés dans mes deux livres : *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique; — Hypnotisme, suggestion psychothérapie.* — Je rappellerai brièvement quelques faits qui me viennent à l'esprit. Un monsieur d'une quarantaine d'années avait été traité pour une appendicite qui semblait guérie. Trois semaines environ après la guérison, survinrent des crises de coliques excessives dans la région abdominale inférieure droite, durant une heure à une heure et demie avec constipation opiniâtre et contracture de la paroi abdominale. Ces crises journalières résistèrent à tous les traitements et le malade finit par s'injecter 10 centigrammes de morphine par jour. A cette époque, en 1889, la laparotomie n'était pas aussi usuelle qu'aujourd'hui. Quand, au bout d'un an, le malade me fut confié, les crises revenaient régulièrement à peu près vers huit heures du matin. Lorsque j'étais présent, je voyais le malade couver sa crise, la face se gripper et je sentais sous ma main la paroi abdominale se contracturer, surtout à droite. J'arrivai alors, par suggestion à l'état de veille et application de la main sur la région sensible, à arrêter la crise, à dissiper la contracture et les douleurs existantes, ou à les empêcher de se produire. Pendant tout le temps que j'eus le malade en traitement, les crises étaient conjurées et la morphine resta supprimée (voir *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, 2[e] édition, page 402).

Il s'agissait évidemment de l'image psychique d'une douleur ap-

pendiculaire, peut-être greffée sur une lésion consécutive à l'appendicite, que le cerveau évoquait, en même temps que la crampe intestinale. C'était de l'auto-suggestion.

Des manifestations autres que la douleur peuvent par le même mécanisme auto-suggestif apparaître à heure fixe. Je citerai le fait d'une jeune fille atteinte d'une toux nerveuse, véritable rugissement continu, commençant à sept heures du matin et s'arrêtant brusquement à huit heures du soir. En trompant la malade sur l'heure, par exemple, en avançant l'heure de la pendule, le rugissement cessait à l'heure artificielle. La malade guérit d'ailleurs par le traitement psychique.

Voici encore une observation : Une jeune dame brésilienne avait à la suite d'une frayeur, depuis dix-huit mois, des crises d'hystérie convulsive; les crises venaient régulièrement à chaque repas, entre le premier et le second plat. J'arrivai facilement par ma méthode à la guérir. Il est probable qu'une première crise ayant eu lieu à ce moment, entre le premier et le second plat, le souvenir de cette crise l'évoquait au même moment psychologique à chaque repas, comme un cheval qui se cabre toujours au même endroit.

Les vomissements nerveux qui viennent régulièrement après chaque repas ou une à deux heures après le repas, greffés sur une dyspepsie réelle, peuvent être entretenus par l'auto-suggestion. J'en ai guéri beaucoup par traitement psychique (voir : *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, 2e édition, page 454).

Récemment encore, entrait dans mon service une jeune femme qui vomisssait depuis huit mois tous ses repas et pour laquelle on avait réclamé la gastro-entérostomie. C'était une nerveuse, souvent dyspeptique, maltraitée par un mari ivrogne. En peu de jours, par simple persuasion, elle fut débarrassée de ses vomissements. Je pense que beaucoup de vomissements dits incoercibles de la grossesse sont dûs au même mécanisme auto-suggestif. Sans doute les premiers vomissements de la grossesse sont d'origine réflexes. Mais chez certaines nerveuses, ces vomissements, après une certaine durée, sont exagérés par le psychisme ; ils restent pour ainsi dire enregistrés par le cerveau et se perpétuent par une sorte d'automatisme psychique, devenant incoercibles, jusqu'à ce qu'une bonne suggestion, bien faite, ait déraciné cette habitude nerveuse. Le fait est que j'ai souvent guéri des vomissements opiniâtres gravidiques par la simple suggestion.

Ces divers phénomènes créés ou revivifiés par le psychisme sont excessivement fréquents ; mes livres en sont pleins. Ils ne se répètent pas toujours périodiquement ; leur retour est suggéré par des incidents divers ou par les caprices de l'imagination.

L'origine de l'auto-suggestion est souvent organique. Citons un enfant qui avait une hyperesthésie de la région ombilicale liée à une excoriation légère de l'ombilic et qui fut détruite par sugges-

tion ; un jeune garçon qui pendant deux ans eut une violente douleur hypogastrique avec ténesme vésical et besoin d'uriner plus de trente fois par jour, consècutivement à un coup reçu dans le ventre. Après de multiples traitements par des spécialistes, cathétérisme, injections épidurales, j'arrivai à le guérir par simple persuasion.

Citons encore un vieillard artérioscléreux, sujet à des crises vertigineuses, avec défaillance, qui furent enrayées par suggestion; les premiers vertiges étaient réels, dus à l'ischémie cérébrale ; les autres étaient surtout auto-suggestifs.

Un autre vieillard était atteint d'aortite avec angine de poitrine; ces accès se répétaient plusieurs fois par jour depuis des mois. Comme le malade vivait malgré la fréquence de ces accès, je pensai que la plupart d'entre eux n'étaient que des copies auto-suggestives des accès réels dont l'image psychique restait dans le cerveau. La suggestion en effet réduisit le nombre des accès à deux environ par semaine, effaçant tous ceux qui était purement psychiques.

Je pourrais multiplier indéfiniment le nombre de ces faits qu'explique facilement la doctrine de la suggestion, telle que je l'ai établie. Un mot encore sur ce phénomène signalé par M. Brissaud : que les douleurs périodiques peuvent survenir à heure fixe la nuit et réveiller le sujet en plein sommeil. C'est que le sommeil n'est pas l'inconscience, ni l'inertie cérébrale. Le cerveau pendant le sommeil peut penser et travailler consciemment; mais c'est un autre état de conscience. Réveillé, le sujet ne se rappelle pas qu'il a pensé. On s'endort avec l'idée d'un problème à résoudre; on se réveille avec la solution trouvée dans son cerveau, la nuit porte conseil. On s'endort avec l'idée de se réveiller à heure fixe. Les uns se réveillent à heure fixe, parce qu'ils ont la notion de l'heure et entendent sonner la pendule. Les autres, obsédés par l'idée de ne pas manquer l'heure, se réveillent plusieurs fois pendant la nuit pour voir l'heure ; au réveil, ils ne se rappellent pas y avoir pensé. Le somnambule, comme Paganini écrivant sa *Sonnate du diable*, n'est pas un automate : il travaille sciemment et consciemment, mais sans souvenir au réveil (voir : *De la suggestion et de ses applications thérapeutiques*, 2e édition, page 213).

De même, le sujet qui est habitué à avoir une douleur ou une autre manifestation nerveuse à une certaine heure de la nuit peut, pendant son sommeil sentir l'incubation psychique de ce phénomène et le réaliser par l'auto-suggestion comme pendant la veille.

Sur l'excitabilité des muscles dégénérés.

Mlle le Dr Ioteyko (Bruxelles). — Les muscles mis en état de dégénérescence (section du nerf) présentent des modifications histologiques qui marchent de pair avec des modifications de leur excitabilité (réaction de dégénérescence). Or, de mes recherches se dé-

gage la possibilité d'un rapport systématique entre ces deux ordres de phénomènes. En étudiant de plus près les faits d'excitabilité des muscles dégénérés, je suis arrivée à réduire considérablement l'influence exercée par l'énervation du muscle. Les phénomènes s'expliquent aisément grâce aux nouvelles découvertes sur la physiologie du muscle, et sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'influence du système nerveux. Les recherches physiologiques de ces dernières années (Bottazi, Ioteyko) [1], ont montré qu'il existe incontestablement dans chaque cellule ou fibre musculaire deux substances contractiles : la substance fibrillaire anisotrope (disques sombres), anciennement connue, et le protoplasme non différencié ou sarcoplasme, qui se trouve plus ou moins abondamment dans chaque cellule ou fibre musculaire. Le sarcoplasme possède des caractères d'excitabilité différents de la substance fibrillaire. Le sarcoplasme se contracte lentement (muscles lisses et muscles striés rouges, riches en sarcoplasme). La substance fibrillaire se contracte très rapidement (muscles striés pâles). Le sarcoplasme est moins excitable que la substance fibrillaire : il demande, pour réagir, non seulement une torce d'excitant supérieure, mais aussi, comme je l'ai mis en relief, *une durée d'excitation plus longue*. Il en résulte que les muscles riches en sarcoplasme (muscles lisses) sont très peu excitables par les ondes d'induction isolées, alors qu'ils sont très sensibles au courant galvanique. Il ressort de mes recherches que l'état variable du courant galvanique (fermeture et ouverture) agit comme un excitant principalement sur la substance fibrillaire anisotrope, tandis que le régime permanent agit comme excitant principalement sur la substance sarcoplasmatique. Ces faits étant établis, les phénomènes caractérisant la réaction de dégénérescence des muscles deviennent facilement explicables. Morphologiquement, le muscle dégénéré présente un retour à l'état embryonnaire : diminution ou disparition de la substance fibrillaire (perte de la striation) et développement considérable du sarcoplasme. Le muscle perd donc ses caractères de différenciation et cesse d'être muscle strié. Il acquiert les caractères morphologiques du muscle lisse. En même temps, il devient un muscle lisse par son fonctionnement. Ce qui caractérise avant tout la réaction de dégenérescence d'Erb, c'est la perte de contractilité faradique du muscle avec conservation de la contractilité voltaïque, et la lenteur de la secousse. Ces modifications de la secousse sont précisément dues à l'abondance du sarcoplasme dans le muscle dégénéré ; elles constituent la réaction normale, caractéristique du sarcoplasme, qui, étant moins différencié que la substance fibrillaire, n'est pas

[1] IOTEYKO. — Etudes sur a contraction tonique du muscle strié et ses excitants. (*Mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, tome XVIII, 1er fasc. et brochure de 100 pages, Lemertin, 1903).

excitable par les ondes rapides d'induction. Il n'est excitable que par le passage permanent du courant voltaïque, et ne réagit que par la contraction lente, qui lui est particulière.

Régénération autogène chez l'homme et la théorie du Neurone.

M. G. Durante (de Paris). — A l'autopsie d'un malade dont le médian avait, cinq ans auparavant, été reséqué sur une longueur de 20 centimètres, l'auteur a constaté, dans le bout périphérique non réuni, des tubes nerveux complets ne différant des tubes normaux que par une coloration moins régulière de la myéline par le Pal, et des cellules fusiformes ainsi que des bandes protoplasmiques renfermant un cylindraxe central caractéristique. — L'état embryonnaire de ces éléments permet d'affirmer qu'il s'agit non pas de filets provenant d'autres troncs, mais bien d'une néoformation *sur place* en dehors de toute réunion avec le bout central.

Cette observation de *régénération autogène chez l'homme* concorde avec les résultats expérimentaux obtenus par Bethe, Ziegler, Ballance, Stewart, Henriksen, mais est en opposition formelle avec la conception du neurone.

L'auteur ne croit pas que le neurone puisse être actuellement soutenu histologiquement, pas plus chez l'embryon que chez l'adulte.

Le nerf périphérique n'est pas le prolongement d'une cellule centrale, mais une *chaîne de cellules différenciées*. On peut toutefois se demander si chaque segment interannulaire est formé aux dépens d'un seul noyau, ou si deux noyaux interviennent dans son développement, l'un conservant son rôle purement nutritif (noyau de Schwann), l'autre se modifiant pour constituer tout ou partie du cylindraxe. Adamkiewicz, Kupffer, Ziegler, G. Durante ont, en effet, constaté des *noyaux* dans l'épaisseur du *cylindraxe* adulte ou en évolution. La question ne peut encore être que posée ; mais ce fait est à rapprocher de l'opinion d'autres auteurs (Fragnito) qui voient dans les granulations de Nissl les débris de granulations embryonnaires ayant concouru à la formation de la cellule ganglionnaire.

L'unité fonctionnelle de cette chaîne cellulaire existe, mais n'est pas aussi strictement limitée qu'on l'a soutenu. En effet, d'une part, le bout périphérique d'un nerf sectionné subit une régression cellulaire, conserve une vie latente, mais ne dégénère pas ; d'autre part le passage des altérations d'un neurone au neurone adjacent est un phénomène fréquent (*propagation des dégénérescences directe et rétrograde*).

La neurone n'était qu'une interprétation qui a servi à élucider quelques faits. Cette théorie, comme toute théorie biologique, ne renferme qu'une part de vérité et doit se modifier suivant le pro-

grès de la science. — Il faut savoir nous dégager aujourd'hui de cette conception très commode, il est vrai, mais trop étroite, qui semble avoir donné tout ce que l'on en pouvait espérer et qui, trop simple et trop imparfaite, ne saurait plus, actuellement, qu'apporter des entraves aux progrès de la neurologie.

Le rôle du noyau dans la régression musculaire.

MM. De Buck et De Moos (Gand). — Les auteurs admettent avec Durante que la régression musculaire s'opère par le double processus de la régression plasmodiale et de l'individualisation cellulaire ; mais ils croient pouvoir conclure de leurs nombreuses recherches d'ordre expérimental et anatomo-pathologique que dans cette régression, le noyau, qui est le centre trophique du *myocyte*, joue un rôle actif, à la fois chimique et mécanique. Par son rôle bio-chimique il contribue à la régression du myoplasme, qui s'irradie toujours autour du noyau comme centre trophique, et cette *sarcolyse*, aidée de la prolifération nucléaire, opère et dirige les processus mécanique d'expliation, de clivage, de la fibre musculaire, qui vont jusqu'à la disparition complète de l'élément différencié. La régression musculaire constitue donc un processus *d'autophagocytose*, *d'autosclérose*, dans lequel un rôle actif important est dévolu au noyau. Les auteurs rapprochent ce phénomène de sarcolyse du phénomène de l'histolyse en général (phagocytose leucocytaire, chondrolyse, ostéolyse, résorption de corps étrangers et de tissus nécrosés) et croient qu'on se trompe en attribuant tout le rôle biochimique, fermentitiel, au seul cytoplasme et en ne tenant aucun compte du nucléoplasme. La grande variabilité du noyau musculaire n'a pas permis jusqu'ici de saisir les modifications morphologiques qui correspondent à son activité sarcolytique.

Atrophies musculaires progressives spinales et syphilis,
(Note préliminaire).

M. André Léri. — La syphilis n'a paru entrer jusqu'à ce jour que pour une part minime dans l'étiologie des diverses affections qui se sont partagé les dépouilles de l'ancienne amyotrophie Aran-Duchenne. Des observations personnelles cliniques et anatomiques et des recherches sur les cas jusqu'ici publiés, nous ont convaincu que la méningo-myélite syphilitique occupe, au contraire, une place prépondérante dans la pathogénie de ces maladies amyotrophiques (de celles au moins qui relèvent d'une origine spinale) et que la grande majorité des soi-disant poliomyélites antérieures chroniques sont, en réalité, des méningo-myélites syphilitiques. Nous avons pu réunir près de trente cas où la syphilis existait manifestement dans les antécédents des malades atteints d'amyotrophies

progressives, soit qu'elle ait été avouée par les malades et notée dans les observations, soit qu'elle ait coïncidé avec une affection reconnue aujourd'hui d'origine toujours ou presque toujours syphilitique, tels le tabes ou la paralysie générale, telle encore la glossite gommeuse, l'irido-chroroïdite à répétition, etc... Il semble bien peu vraisemblable qu'il ait pu s'agir d'une simple coïncidence, d'une part, à cause de l'extrême fréquence avec laquelle la syphilis a été rencontrée dans les cas où elle a été recherché, d'autre part, parce que l'amyotrophie a débuté, chez presque tous les sujets, dans un délai de sept à quinze ans après le chancre, délai tout à fait normal pour les affections médullaires tertiaires et qui est en particulier celui que l'on trouve pour le tabès. Les lésions rencontrées par nous dans un cas ont été des lésions de méningo-myélite vasculaire diffuse exactement semblables à celles déjà trouvées par le professeur Raymond (*Soc. Méd. des Hôp.*, 3 février 1893) : les altérations vasculaires, la périartérite et surtout la périphlébite avec infiltration lymphocytique des différentes tuniques sont celles que l'on considère aujourd'hui comme presque spécifiques de la syphilis. Les portions périphériques, immédiatement sous-méningées, des cordons blancs sont en partie altérées aussi et les cordons de Goll sont légèrement dégénérés dans la région cervicale ; on comprend que l'altération puisse gagner en profondeur et atteindre les faisceaux pyramidaux ; c'est sans doute ce qui a pu donner lieu, dans un nombre de cas, à l'exagération des réflexes et à l'extension des orteils : un tableau clinique simulant presque complètement la sclérose amyotrophique s'est trouvé ainsi constitué, mais l'amyotrophie datait parfois de trop longues années pour pouvoir entrer dans le cadre habituel de la maladie de Charcot ; il est vraisemblable de supposer que les rares cas signalés de sclérose latérale amyotrophique à très longue évolution étaient en réalité des cas de méningo-myélites syphilitiques semblables à ceux qu'ont observés le professeur Raymond et nous-même.

Cliniquement, nous n'avons pu séparer les amyotrophies progressives syphilitiques des autres cas de maladie d'Aran-Duchenne ; trois symptômes nous avaient paru un moment plaider en faveur d'une séparation : l'existence de douleurs, la parésie précédant l'atrophie, la plus courte évolution. Mais de nouveaux cas nous ont montré que les douleurs, parfois signalées dans des cas de soi-disant amyotrophies Aran-Duchenne, ne sont nullement constantes dans la méningo-myélite syphilitique ou du moins sont tellement minimes qu'elles passent aisément inaperçues ; d'autre part, il est à peu près impossible d'apprendre d'un malade si la parésie a réellement précédé l'atrophie, car, presque toujours la gêne fonctionnelle précède la constatation de l'amyotrophie qui n'est jamais remarquée que quand elle est déjà fort notable ; enfin, la

méningo-myélite syphilitique peut évoluer sous les allures les plus torpides et les plus lentement progressives : aucun symptôme, en somme, ne nous permet de croire qu'elle donne lieu à une forme cliniquement différenciable de l'amyotrophie spinale.

Au point de vue thérapeutique, la notion de la fréquence de la syphilis dans l'étiologie des amyotrophies spinales progressives est de grande importance : nous n'en voulons pour preuve que l'auto-observation, déjà très ancienne, d'un médecin syphilitique chez qui une amyotrophie progressive avancée était, après trois années d'évolution, en pleine voie de guérison par l'emploi du traitement ioduré, alors que tout autre traitement avait échoué : contrastant avec ce résultat, les bienfaits des cures hydro et électrothérapiques ordinairement préconisées, n'ont pas jusqu'ici, à notre connaissance, été bien appréciables.

Du traitement thyroïdien chez les idiots mongoliens, myxœdémateux infantiles, obèses et offrant un arrêt de développement physique.

M. Bourneville donne les résultats avantageux de la *médication thyroïdienne* chez les malades atteints de ces diverses catégories dont l'une d'elles a eu seize traitements de trois mois depuis 1895 (ingestion de glande fraîche de mouton). Sauf dans les cas où les cartilages épiphysaires étaient soudés, la taille a subi un accroissement régulier et considérable. (*Nombreuses radiographies et photographies*). (*Sera publié.*)

Accès épileptiformes chez les déments précoces.

M. Paul Masoin (Gheel). — Sur un total de 825 malades (services réunis des Drs Meeus et Paul Masoin), il y a 65 déments précoces. De ces 65, cinq seulement présentent parfois des accès épileptiformes. (Observations). Ces accès se reproduisent à intervalles assez éloignés ; leur aspect est variable, comme l'est l'épilepsie vraie ; parfois les accès paraissent absolument identiques à ceux de l'épilepsie convulsive vulgaire. Il va de soi qu'il ne s'agit pas, en l'occurence, d'épilepsies méconnues, ultérieurement suivies de démence. Les diagnostics de démence hébé-phrénocatatonique (Meeus) sont particulièrement établis ; la plupart de ces cas ont été observés pendant de très nombreuses années, deux d'entre eux, dès le début de la maladie.

Troubles de la sensibilité dans la démence précoce

M. Paul Archambault (Tours). — Un homme de vingt-sept ans, employé de bureau, atteint de démence hébéphrénique, interné depuis trois ans, occupait ses nuits à s'introduire sous la peau des bras, des jambes et du tronc, et cela symétriquement, des mor-

ceaux de fil de fer provenant de son sommier. En lui faisant prendre un bain de propreté, l'infirmier lui vit le corps couvert de petites plaies : chacune était la porte d'entrée de 37 morceaux d'une longueur variant de 3 à 11 centimètres et de 1 millimètre et demi à 2 millimètres de diamètre. Ces corps étrangers furent extraits en quatre séances : les incisions au bistouri, parfois longues et profondes, n'ont jamais amené chez le malade la moindre plainte, ni la moindre réaction de défense : on aurait cru taillader un cadavre. A deux ou trois reprises toutefois, on a pu remarquer une légère contraction de la face. Le malade, à ce moment-là, dans une période de dépression et de mutisme, a cependant deux fois indiqué où se trouvaient encore des morceaux de fer.

Le diagnostic de la démence.

M. Massaut (Charleroi). — A défaut de types cliniques à évolution déterminée, il serait très précieux de connaître des signes permettant d'établir le pronostic des cas particuliers. Quels sont les symptômes autorisant à conclure à l'existence de la démence? Il faut entendre par démence l'affaiblissement *irrémédiable* et le plus souvent progressif, de l'activité mentale. Dans ses degrés inférieurs, l'intelligence connaît uniquement ce qui entoure l'individu et offre pour lui un intérêt immédiat et direct : elle va du particuliier au particulier. A mesure qu'elle se développe, elle remarque des ressemblances et des différences plus délicates, elle généralise et abstrait de plus en plus, elle fait des synthèses, délibère, poursuit un but éloigné, découvre et invente ; elle fait avec conscience ce qui était d'abord fait sans conscience. Les sentiments moraux sont en rapport direct avec l'épanouissement intellectuel et leur progrès consiste essentiellement dans le développement de l'altruisme et de la solidarité. L'attention et la mémoire jouent un rôle prépondérant dans le développement de l'intelligence. Dans sa désagrégation, l'intelligence perd en premier lieu ses facultés les plus complexes, les plus délicates, les plus récentes, les sentiments moraux, le pouvoir d'abstraire, de raisonner; elle se réduit progressivement aux fonctions les plus égoïstes, les plus habituelles et automatiques, les plus élémentaires. Le problème du diagnostic de la démence est double : il consiste : 1° à distinguer la démence des états qui la simulent (stupeur, troubles affectifs) ; 2° à reconnaître les signes d'une démence commençante ou légère.

Pour résoudre la première difficulté, il n'y a pas de signe certain; il faut se baser surtout sur la disproportion entre les troubles affectifs et le trouble intellectuel et sur la marche de la maladie; il est bon d'être réservé dans son pronostic.

Les premiers signes de la démence sont variables ; il faut citer

surtout la perte ou la diminution des sentiments élevés, altruistes, esthétiques ; l'indifférence, l'apathie, la sensibilité plus grande à la fatigue, l'instabilité du caractère ; la diminution de l'attention ; la difficulté croissante de raisonner d'une façon suivie, surtout abstraite ; d'acquérir de nouvelles idées ; la diminution de la volonté persévérante. L'affaiblissement intellectuel peut être masqué par l'habitude et la routine, par la ruse et l'adresse.

C'est en présence de situations nouvelles pour le malade que l'on doit juger de son niveau intellectuel. Il n'y a pas de criterium de la démence, c'est-à-dire de signe existant toujours dans l'affaiblissement psychique et n'existant dans aucun autre état. Il faut donc réunir plusieurs symptômes et exclure les autres causes, pathologiques ou non, d'altération psychique.

Les différentes formes cliniques peuvent donner à la démence certains caractères particuliers.

L'emploi des procédés d'exploration psycho-physiologique, hautement recommandable pour l'étude approfondie des troubles mentaux, ne peut pas encore être généralisé.

Observations sur la catatonie.

M. Paul Masoin (Gheel). — L'auteur a étudié tout particulièrement les symptômes catatoniques dans la démence précoce : attitudes, stéréotypies, tics, impulsions (Maniren). Ce sont des actes d'automatisme pur : ils n'expriment en aucune manière une idée quelconque ; il y a absence de but, absence d'unité, absence de relation de ces mouvements entre eux ou avec une idée quelconque. Il y a identité absolue entre ces symptômes d'ordre moteur et l'automatisme (gesticulations, tics, négativismes) de l'idiot. Comme chez l'idiot, ces symptômes sont l'expression d'automatisme cérébral : chez l'idiot, l'inhibition corticale est annihilée par altération congénitale. Chez le dément précoce, l'inhibition forme la base de l'état psychique ; le dément précoce est un inhibé (Meeus), d'où automatisme facile des centres inférieurs. Ce qui confirme cette thèse, c'est le fait que des mouvements catatoniques (dans le sens de la répétition de certains mouvements sans signification propre) se présentent dans tous les états passagers ou définitifs où le pouvoir inhibiteur cortical est atteint, en d'autres mots dans la plupart des états de stupeur cérébrale (traumatisme, délire aigu, hystérie (?), épilepsie, paralysie générale à la dernière période). Poussant la thèse plus loin encore, l'auteur rappelle ce fait d'observation vulgaire, à savoir que, chez l'homme normal, même lorsque l'esprit est occupé par un travail intellectuel intense, comme aussi chez les sujets distraits, on observe fréquemment des mouvements de peu d'étendue, et sans signification spéciale ; ils s'exécutent également à l'insu du sujet et pourraient durer parfois pen-

dant des heures entières, sans provoquer la sensation de fatigue. L'origine et la permanence des tics, chez des sujets pour le reste normaux, s'accordent également avec cette même thèse (Meige) : l'absence d'inhibition des centres corticaux supérieurs sur ceux des étages inférieurs du cerveau et de la moelle.

M. le Dr Henry MEIGE (Paris) communique au Congrès un certain nombre d'observations personnelles qui peuvent contribuer à fixer plus fidèlement le diagnostic de la *catatonie*. Il pense que l'intervention corticale sur les actes moteurs peut se vérifier en quelque sorte chez les êtres normaux et les êtres anormaux. En étendant les bras horizontalement et en les laissant retomber sur les cuisses on constatera une différence. L'être normal laissera tomber les bras dans un mouvement régulier selon la loi de la chute des corps ; l'anormal les laissera choir ou trop vite ou trop lentement. Il a observé plusieurs cas, mais pas encore suffisamment pour établir une règle déterminée. M. Meige appelle simplement l'attention du Congrès sur la question.

Le puérilisme mental.

M. ERNEST DUPRÉ (de Paris). — J'ai observé, au cours d'affections cérébrales très variées (tumeurs et abcès encéphaliques ; alcoolisme, hystérie, états démentiels organiques et vésaniques) une altération singulière de la personnalité, pour laquelle j'ai déjà proposé le terme de *puérilisme*, et qui mérite une place à part dans le cadre psychoséméiologique.

Il s'agit d'un syndrome psychopathique, caractérisé par la nature puérile des réactions psychiques, par une sorte de régression de la mentalité ou stade de l'enfance. Cet état morbide se marque par une série concordante et symétrique de manifestations psychiques et expreesives, dont l'apparition, souvent soudaine et inattendue, transforme, pour ainsi dire, en enfants de cinq à dix ans les adultes atteints de puérilisme. Le syndrome se caractérise ainsi essentiellement par la nature enfantine des sentiments, des tendances, des goûts et des occupations : les malades jouent à la poupée, aux soldats, etc. ; par l'habitude, l'expression mimique, le langage et son intonation ; par la suggestibilité et l'ensemble des réactions et de la conduite des petits enfants. Le langage est semé de locutions et de formules enfantines ; l'écriture, transformée, reproduit dans ses lettres gauches et inexpérimentées, dans des dessins primitifs, dans des alignements de chiffres et de syllables, répétés à la façon des modèles d'écriture, etc., les spécimens les plus curieux de la graphologie des tout petits écoliers. Les malades acceptent les friandises, les joujoux ; tutoient les interlocuteurs ; conversent avec des inflexions de voix, des jeux de physionomie, des manières, etc., qui reproduisent, avec la plus fidèle exactitude

toutes les réactions ingénues par lesquelles s'exprime la personnalité de l'enfant. Les manifestations, toutes spontanées d'ailleurs, et dont l'apparition est souvent brusque, s'imposent, par leur caractère étrange et inattendu, à l'observateur. Aussi ont-elles déjà été signalées par divers auteurs, notamment par Carré de Mongeron et Pitres, dans l'hystérie, et par quelques cliniciens allemands et anglais (Mohr, Gowers, etc.) dans les tumeurs cérébrales (*Kindischer Wesen; Ckildishness*).

Le puérilisme peut exister seul ou se combiner soit avec différentes modalités pathologiques du ton affectif (dépression, excitation), soit avec un degré plus ou moins marqué d'affaiblissement intellectuel. Les combinaisons donnent lieu à des variétés dépressives ou expansives de l'humeur, dans lesquelles la note enfantine toujours reconnaissable, confère au syndrome une expression particulière. C'est ainsi que la *Moria* ou *Witzelsucht* des Allemands représente une altération morbide de l'humeur, caractérisée par le mélange de l'excitation euphorique du sentiment et du tour enfantin de l'esprit, qui se traduit par une jovialité frivole, une disposition à la farce, qui contraste étrangement avec la gravité de de la situation pathologique. Dans le cas contraire, lorsque le puérilisme s'allie à la dépression du ton affectif, le malade boude, fait la moue, entre dans des colères puériles, etc. La réaction emprunte encore ici sa caractéristique à l'humeur enfantine du malade.

Lorsque le puérilisme apparaît sur un fond d'affaiblissement intellectuel, il donne aux manifestations de la démence, que celle-ci soit précoce, organique, sénile, etc., un cachet spécial, une tournure enfantine, qui se marque par la nature des goûts, des occupations, etc., des malades : c'est ainsi qu'on voit, dans les asiles, certaines démentes jouer à la poupée et se conduire comme des petites filles.

Le puérilisme me semble être, dans la plupart des cas, surtout lorsqu'il évolue par accès subits, paroxystiques, éphémères, et s'allie à d'autres manifestations de la névrose, un syndrome de nature hystérique. Dans d'autres cas, lorsqu'il est chronique, le puérilisme représente une modalité clinique particulière des états démentiels.

Quelle que soit l'étiologie de ce syndrome, il s'agit là d'un état psychopathique spécial qui n'est, à proprement parler, ni démentiel, ni dépressif, ni expansif, ni délirant ; mais qui, n'appartenant à aucune espèce morbide, peut apparaitre, disparaitre ou persister et se combiner aux différents syndromes des encéphalopathies les plus variées. Il était nécessaire de l'analyser en soi, de le distinguer dans les complexus cliniques dont il fait partie, de le différencier de l'*infantilisme* des dégénérés, consécutif à l'agénésie intellectuelle, et du *retour à l'enfance* des séniles, consécutif à l'in-

volution démentielle; bref, d'individualiser ce syndrome particulier sous une étiquette claire et précise, que j'ai proposée et que je soumets au Congrès, dans le vocable de *puérilisme*.

A propos de la communication sur *le Puérilisme* de M. le Dr Dupré, M. Marie rappelle les états d'enfance spirituelle des auteurs mystiques dont il a parlé avec M. le Dr Vallon, à propos des psychoses religieuses dans les *Archives de Neurologie* en 1897. M. Marie rapproche de ces états de puérilisme paroxystiques, ceux permanents qu'on observe à l'asile, où il est fréquent de rencontrer parmi les démentes, les vieilles aux poupées, parfois atteintes du délire micromaniaque par lequel elles se croient rapetissées et revenues aux dimensions de l'enfance et se conforment par leur attitude, leur vêture, leur parler, etc., à cette illusion.

Aperçus et démonstrations sur la folie maniaque dépressive.

M. le Professeur Thomsen (Bonn). — Aperçus sur l'étendue du tableau clinique de la folie maniaque dépressive. Formes prolongées. (Démonstration). Y a-t-il une exaltation périodique et une mélancolie périodique juvénile indépendantes de la folie maniaque et dépressive? (Démonstration). Existe-t-il une vraie folie à double forme qui n'appartienne à la folie maniaque dépressive? (Démonstration). La folie maniaque dépressive est-elle guérissable? (Démonstration). Est-il possible de mettre un diagnostic différentiel précis entre la folie maniaque et dépressive et la démence précoce dans la *première* attaque? Et comment?

Mélancolie avec idées de persécution et idées de suicide chez un syringomyélique. Examen histologique.

M. Raviart (Armentières). — Depuis que la syringomyélie est connue, les auteurs ont rapporté de nombreux cas dans lesquels coexistaient avec elle des troubles mentaux de diverse nature. La syphilis, l'alcoolisme, le surmenage, l'hérédité, etc., pouvant chez ces malades comme chez les autres déterminer la production de la paralysie générale, de l'épilepsie, de la manie et d'une façon générale de la plupart des psychoses, la *coïncidence* d'une de ces maladies mentales avec l'affection médullaire ne présente pas un très grand intérêt. Mais à côté de ces cas, il en est d'autres dans lesquels les troubles mentaux observés semblent en rapport avec la syringomyélie. Schlesinger et Kienböck des premiers, ont été frappés par l'état mental spécial présenté par certains malades, notamment par ceux chez lesquels prédominent les troubles tro-

phiques ; ces malades sont chagrins, maussades, se plaignent pour la moindre des choses, sont peu communicatifs et présentent en outre un léger affaiblissement des facultés intellectuelles. Ce sont là en somme les premières manifestations d'un état mélancolique qu'on pourra rencontrer beaucoup plus marqué, c'est ainsi que Redlich a observé un cas de mélancolie chronique et que plus récemment Pierre Marie et Guillain ont publié quelques observations de syringomyéliques présentant des troubles analogues.

L'observation suivante, jointe à celles des auteurs précités vient contribuer à montrer l'existence chez certains syringomyéliques de troubles mentaux de nature mélancolique.

Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans sans antécédents héréditaires, non alcoolique, non syphilitique, qui en 1870, reçut un éclat d'obus à la jambe gauche, souffrit énormément du froid, et subit en captivité notamment de nombreuses privations. Quelques années plus tard apparurent les p.emiers signes : douleurs, parésie des sphincters, d'une syringomyélie qui évolua progressivement et dont le malade près de trente ans plus tard présentait la plupart des symptômes : Atrophie musculaire localisée aux membres supérieurs, attitude dite *main de prédicateur*, tremblements, dissociation syringomyélique, troubles subjectifs de la sensibilité, arthropathies des membres supérieurs, troubles trophiques cutanés et troubles sphinctériens.

Quelque temps après le début de l'affection, l'entourage du malade s'aperçut que son caractère se modifiait : devenu sombre et peu communicatif, aigri par ses infirmités naissantes, il ne parlait que pour se plaindre ; déjà à cette époque cédant au découragement, voyant le jour prochain où il ne pourrait plus arriver à gagner son pain il exprimait parfois l'envie qu'il avait de mettre un terme à ses jours. Au fur et à mesure que l'affection évoluait, il devenait de plus en plus sombre ; incapable de travailler et réduit à la mendicité, notre malade d'abord déprimé était atteint sept ans avant la mort de mélancolie avec idées de persécution. « Grincheux et malotru », il se plaignait de tout et de tous, et se défiait de chacun. Il voyait bien qu'on disait du mal de lui, il s'en fâchait et invectivait les personnes de son entourage. Puis des *hallucinations de l'ouïe* survinrent, « on lui parlait d'une maladie vénérienne qu'il avait contractée et qui devait entraîner son renvoi de l'hospice, ses voisins de lit lui reprochaient d'avoir manqué de pudeur en présence d'une sœur, ils le menaçaient de le faire opérer et lui reprochaient de n'avoir pas le courage de se suicider après un tel déshonneur ». Depuis lors il se tenait à l'écart, parlait seul, et de temps à autre allait en pleurant trouver un de ses amis : il était, disait-il, « bouleversé par tout le monde », il savait qu'il allait mourir, on le traitait de lâche et on lui disait de se suicider. Une première fois il était sorti dans l'intention de se noyer mais

il rentra à l'hospice « il n'avait pas eu le courage de le faire, le canal était très loin et il faisait trop froid ».

Mais quelques jours plus tard il se levait la nuit et se rendait dans une cave ou il se donnait cinq coups de couteau dans l'abdomen. Nous le vimes le lendemain, il était fort déprimé, et c'est en pleurant qu'il nous parla de ses idées de suicide. Il présentait en somme de la mélancolie avec idées de persécution et de suicide, basées sur des hallucinations de l'ouïe ; ses facultés intellectuelles étaient légèrement affaiblies. Transporté à l'asile de Dury, le malade y succomba quelques jours après son entrée des suites de ses blessures.

A l'Autopsie, *l'encéphale* avait un aspect normal, la *moelle* présentait dans sa portion cervico-dorsale les lésions caractéristiques de la syringomyélie gliomateuse ; il n'y avait pas d'altérations des méninges rachidiennes ; atrophies musculaires marquées ; la masse des fléchisseurs de l'avant-bras gauche (main de prédicateur) pesait 55 grammes, celle du côté droit en pesait 182.

Lésions osseuses à type hypertrophique des têtes humérale et radiale, prononcées surtout du côté droit. *L'examen histologique* de l'écorce cérébrale a montré les lésions suivantes :

Un très grand nombre de cellules nerveuses sont altérées, particulièrement dans les circonvolutions frontales où elles le sont en majorité, les circonvolutions ascendantes ont plus d'eléments sains, les grandes cellules pyramidales y sont à peu près normales et ce sont surtout les cellules moyennes qui sont le siège des altérations, enfin les lésions sont beaucoup moins intenses dans les circonvolutions. Ce sont les lésions ordinaires de la cellule nerveuse ; chromatolyse, désintégration granuleuse périnucléaire, disparition du protoplasme ; altérations nucléaires allant jusqu'à la transformation vésiculeuse du noyau. Neuronophages. Pas de lésions très marquées de la névroglie. Vaisseaux normaux.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que les troubles mentaux présentés par le malade, semblent en rapport avec l'affection médullaire. Ils ne sauraient être en effet considérés comme indépendants de la syringomyélie car l'état de dépression dans lequel fut plongé le malade quelque temps après le début de la maladie paraît intimement lié à l'apparition des symptômes douloureux et des troubles sphinctériens qui vinrent le tourmenter et le mettre en quelque sorte dans l'impossibilité de gagner sa vie. La syringomyélie a, dans l'espèce, joué le rôle d'agent provocateur de la psychose, d'autre part un autre lien rattache selon nous les deux affections et il est tout naturel de penser que les mêmes facteurs qui ont déterminé la production de la syringomyélie ont placé le cerveau dans un état de moindre résistance favorable à l'éclosion de troubles mentaux. Aussi, rapprochant notre cas de ceux précédemment observés, croyons-nous pouvoir dire que :

A côté des maladies mentales simplement associées à la syringomyélie, on peut observer à des degrés divers un état mental caractérisé par un état de dépression mélancolique plus ou moins prononcé qui peut, dans certains cas, se compliquer d'idées délirantes de persécution et d'idées de suicide. Cet état mental naitrait sous l'influence de la perturbation profonde qui apporte dans la vie des malades l'apparition de certains symptômes (douleur, troubles sphinctériens par exemple), sa production serait favorisée par un état de moindre résistance du cerveau lésé par les facteurs étiologiques ordinaires de la syringomyélie : refroidissement, traumatisme, surmenage, infection. Des lésions marquées des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale ont été constatées.

Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale, par Raviart et Caudron. (Sera publié *in extenso*.)

Étude de pathologie comparée sur les tics de léchage de l'homme et du cheval.

MM. F. Rudler et C. Chomel (d'Héricourt). — Il est d'observation courante que beaucoup de chevaux sont *lécheurs ;* mais un *tic de léchage* n'est constitué que lorsque l'action de lécher devient permanente, involontaire, chez des sujets prédisposés par un état psychopathique spécial.

Le *tic de léchage* consiste chez le cheval à passer fréquemment la face dorsale de la langue sur les corps environnants. Le tiqueur lèche ses voisins à l'encolure et aux épaules et de préférence les chevaux en sueur ; il lèche aussi les murs, sa mangeoire, cela tous les jours et plusieurs fois par jour.

Tous les tiqueurs observés par les auteurs présentaient des anomalies psychiques : caractère nerveux, émotif au point que l'un des chevaux tombe sous l'influence d'une émotion vive ; leur impressionnabilité est exagérée ; leur impatience se traduit par le hochement de tête, le trépignement. Quelques-uns ont l'habitude de trottiner et ne vont jamais au pas, même dans une longue suite d'étapes successives. Les phobies sont fréquentes.

L'anesthésie du bout du nez existe chez la plupart : sensibilité des barres, inégale de l'un à l'autre côté ; les réflexes sont normaux plusieurs suent exagérément. On relève dans la plupart des cas des asymétries faciales et corporelles ; quelques tares acquises. Il y a des troubles de la dentition (surdents, dents cariées). La nutrition est bonne chez ces chevaux et plusieurs sont monture d'officier.

Les tics de léchage de l'homme n'offrent qu'un point de comparaison fort imparfait ; ils sont chez l'homme rarement isolés et appartiennent à la série des *tics variables ;* comme l'ont montré

MM. Henry Meige et Feindel, le tic de léchage se prend par l'habitude de lécher et de mordiller des excoriations labiales; ces auteurs citent le cas d'un chien devenu onychophage. Mais actuellement rien ne démontre que le *tic de léchage* du cheval, lequel peut exister seul, ait même pathogénie que le tic de léchage chez l'homme, l'onychophagie chez l'homme et chez le chien. Il n'est pas plus surprenant toutefois de voir le cheval lécher une plaie de ses berres ou ronger sa mangeoire que l'homme mordiller ses gerçures des lèvres ou ronger ses ongles inconsidérément; mais les auteurs n'ont pu observer de faits, ni favorables ni contraires à cette pathogénie. (A rapprocher de la communication de M. Meige, p. 294)[1].

Excitation et dépression périodique. Délire circulaire fruste dans un cas de syphilis héréditaire.

MM. F. Raymond et Pierre Janet (de Paris). — Une jeune femme de vingt-sept ans présente un syndrome mental vraiment très curieux : elle semble atteinte d'un trouble régulièrement périodique, assez semblable à certaines formes de délire circulaire. Mais ce qui est singulier, c'est que les périodes de dépression mélancolique et d'agitation demi-maniaque sont ici extrêmement courtes : chacune d'elles ne dure que vingt-quatre heures. La malade a régulièrement, depuis dix mois, une journée d'agitation et une journée de dépression.

Le père de la malade était alcoolique et syphilitique ; celle-ci, d'une intelligence peu développée, présenta des troubles nerveux dès l'époque de la puberté ; aboulique, inquiète, obsédée par des scrupules, elle fut troublée par quelques émotions vers l'âge de dix-neuf ans. A cette époque commencèrent des crises d'agitation irrégulières comme on en observe souvent chez les psychasthéniques. Peu à peu ces crises se sont régularisées comme de véritables tics et ont pris la forme périodique dans laquelle elles réapparaissent pendant vingt-quatre heures tous les deux jours.

A ces troubles mentaux s'ajoutent des symptômes physiques graves et caractéristiques : la parole, sans être caractéristique, est lente et pâteuse; la démarche est un peu hésitante, la malade ne peut se tenir debout les yeux fermés ; les réflexes rotuliens et achilléens sont complètement absents. Enfin, les pupilles, larges et irrégulières, ne réagissent aucunement ni à la lumière ni à l'accommodation. L'examen oculaire constate une légère atrophie de la pupille, probablement consécutive à d'anciennes lésions intraoculaires; des traces d'iritis ancien et des synéchies qui immobilisent

[1] Les cas de ce genre sont fréquents chez les aliénés, en particulier chez les enfants. (B.).

l'iris. En un mot, il est probable que cette malade a présenté, il y a quelques années, une irido-choroïdite peu intense, peut-être avec kératite parenchymateuse. Ces troubles oculaires semblent bien en rapport avec une syphilis héréditaire ; les auteurs recherchent si les troubles nerveux et mentaux ne peuvent être rattachés à la même cause. Après avoir montré que ni le tabes, ni la paralysie générale ne sont absolument incontestables, ils admettent des lésions syphilitiques des centres nerveux et indiquent comment les troubles psychasténiques et l'agitation périodique, ainsi que cela existe dans d'autres observations, peuvent en être une conséquence indirecte.

Une vérification curieuse de ce rôle de la syphilis dans un état mental de ce genre a été fourni par le traitement. Après un mois de traitement spécifique, le résultat a été des plus remarquables : les troubles intellectuels ont à peu près disparu. Cette amélioration dure depuis le mois de février de cette année : c'est-à-dire que le trouble périodique ayant duré dix mois est arrêté depuis cinq mois.

SÉANCE DU 8 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR MASOIN.

De la suggestion matérialisée à l'état de veille.

M. L. PEETERS (de Bruxelles. — L'action thérapeutique de la suggestion, hypnotique ou à l'état de veille, n'est plus contestée actuellement pour certaines maladies. Si quelques médecins refusent ou hésitent encore à se servir de l'hypnothérapie, tous cependant emploient la suggestion verbale à l'état de veille. A cette dernière nous ajoutons, depuis quelques années et souvent avec succès, une nouvelle suggestion par les agents physiques et particulièrement l'électricité.

Celle-ci, dont nul plus que nous ne reconnaît l'action spéciale, est en outre le meilleur moyen pour matérialiser la suggestion.

Elle frappe par sa puissance mystérieuse, l'imagination et fait accepter par le cerveau ses effets curatifs. Une instrumentation impressionnante, comme en exigent la Franklinisation, les hautes fréquences, les rayons X, etc., y contribuent largement. Pour réussir, il faut que le médecin sache inspirer une confiance entière à son malade et semble avoir lui-même une foi absolue dans l'efficacité de son remède. Il doit étudier l'individualité psychique de chaque patient, chercher le défaut de la cuirasse de son scepticisme et faire pénétrer ses suggestions sous une forme convenable. D'après notre expérience, c'est l'électricité qui remplit le mieux ce rôle.

L'emploi systématique de la suggestion matérialisée peut paraî-

tre un procédé anti-scientifique à certains esprits non familiarisés avec cette méthode de traitement. Mais qu'importe le mécanisme de la guérison, pourvu qu'on guérisse. N'est-il pas préférable de guérir par ce procédé plutôt que de bourrer scientifiquement le parient de bromures pendant des années sans aucun résultat? Charcot, quoique non croyant, n'envoyait-il pas à Lourdes ceux de ses malades susceptibles de bénéficier de la suggestion religieuse? Nous pensons que la suggestion à l'état de veille, sous forme matérialisée, doit entrer dans l'arsenal thérapeutique. Elle guérira parfois, soulagera souvent, consolera presque toujours.

Crises hyperalgiques périodiques persistant pendant plusieurs jours de suite et datant de plusieurs années, guéries par la suggestion hypnotique.

M. Jules Voisin (Paris). — *Observation.* — Crises d'hyparalgésies hystériques, datant de douze ans, revenant périodiquement d'abord tous les ans, puis tous les six mois, puis tous les trois mois, et enfin tous les dix jours depuis deux ans, guéries par la suggestion hypnotique. Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : 1° la nature des crises hyperalgésiques de la malade ont été méconnues pendant douze ans; les crises hyperalgésiques avec modification du caractère, sensation d'étranglement et crises de larmes sont les seules manifestations hystériques de la maladie; 3° la guérison remontant à six mois, obtenue par la suggestion hypnotique.

Contribution à la Psychothérapie suggestive en Suède. — Quelques mots sur la méthode du Dr Wetterstrand : Sommeil prolongé, hypnose thérapeutique. — Sa technique.

Mlle le Dr Mélanie Lipinska, lauréate de l'Académie de Médecine de Paris. — Pendant mon séjour à Stockolm, grâce à l'extrême amabilité du Dr Otto Wetterstrand, je pus examiner ses malades, qu'il me soit donc permis de le remercier bien vivement ici et de faire connaître sa méthode thérapeutique. Le Dr Otto Wetterstrand exerce la médecine depuis 1873; quant au traitement hypnotique, il s'en occupe depuis 1886. Il a publié ses premières observations relatives à la psychothérapie en 1888 et depuis il s'est voué à cette branche de la médecine avec toute sa persévérance et son intelligence. Le premier compte rendu de ses expériences, inséré dans le journal *Hygiène*, était basé sur 753 cas et a provoqué une vive discussion à la Société médicale de Stockolm sur l'hypnotisme et sa valeur thérapeutique. En automne 1889, Wettestrand a fait une série de conférences devant un auditoire nombreux composé de médecins et d'étudiants en médecine, et des leçons cliniques sur la psychothérapie avec présentations de malades.

En 1891, il a publié en allemand un livre sur l'hypnotisme et son application dans la médecine pratique, qui a été traduit en russe, en anglais et en français. Il a écrit un certain nombre d'articles dans le *Zeitschrift für Hypnotismus* et dans la *Revue de l'Hypnotisme*. Je dois citer surtout un article dans le *Zeitschrifl* intitulé : Le sommeil prolongé. En effet, M. Wettestrand a employé ce mode de sommeil avec le plus grand succès dans beaucoup de cas. En 1896 il a parlé sur le même sujet au Congrès de Psychologie à Munich. Beaucoup de médecins étrangers sont venus chez lui pour apprendre la méthode d'endormir les malades et de faire la suggestion entre autres, M. le professeur Forel, le professeur Hirt, de Breslau; le Dr Van Roterghem, d'Amsterdam; le Dr O. Coront, de Baden-Baden; le Dr Tatyn, de Munich; le Dr Milne Bramwell, le Dr Lloyd-Tuckey, de Londres; le Dr Timojeff, de St-Pétersbourg, et bien d'autres encore. Il venait des malades de la Norvège, du Danemark de la Finlande, de la Russie, de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Suisse, des Etats-Unis, de l'Angleterre et de la Pologne. Il est bien difficile d'en faire la statistique, mais d'après mes renseignements personnels, je crois que leur nombre dépasse 12 000.

Il a traité avec succès plus de 400 alcooliques, des dipsomanes, et il affirme avec toute son autorité, qu'il n'y a pas de traitement aussi efficace dans ces maladies, opinion conforme à celle de Lloyd Tuckey et du Dr Bramwell en Angleterre. Il ne reçoit que les malades qui ont été déjà soignés par les autres méthodes thérapeutiques, ce qui rend son rôle particulièrement difficile. Ses écrits et ses leçons ont fait connaître en Suède le traitement hypnotique aujourd'hui appliqué par beaucoup de ses élèves. Comme Liébault, Forel, Vogt et d'autres encore, il pense que l'essentiel du traitement hypnotique est dans une hypnose profonde ; au début du traitement, il ne fait qu'une ou deux suggestions. Il a démontré ce que le sommeil par lui-même peut faire et il affirme qu'on ne peut pas parler d'un traitement psychique sans une hypnose profonde.

La technique. — La technique du sommeil prolongé, tel que la conçoit O. Wetterstand, doit être envisagée d'abord chez les malades soignés dans des pensions de famille par le docteur lui-même. Il les endort une ou deux fois par jour et pratique sur eux la suggestion pendant le sommeil. Au début, ces suggestions sont peu nombreuses une ou deux seulement, à savoir : Soyez calme et tranquille, vos fonctions s'accompliront bien. Les malades ne se réveillent que pour satisfaire leurs besoins : boire, manger, etc. Ayant une grande confiance en M. W. les malades suivent ses conseils à la lettre.

Au bout de deux ou trois semaines, les malades reprenent leurs forces, *l'équilibre* du système nerveux se rétablit, *les malades peuvent alors quitter* l'établissement ; ils passent dans la deuxième catégorie. Celle-ci comprend les malades qui se rendent chez le doc-

teur pour se faire soigner. Ils sont reçus à son domicile particulier.

Quatre pièces leur sont destinées, à savoir: 1° une salle d'attente; 2° un cabinet de travail dans lequel il examine tous les malades. Cet examen se pratique le matin ou l'après-midi, mais toujours avant les séances de suggestion; 3° un petit salon où il n'endort qu'un ou deux malades, ceux qui doivent rester seuls; 4° un grand salon où tout est disposé pour donner le calme : des fleurs, des tapis épais, des rideaux aux portes et aux fenêtres, des bibliothèques, aux murs des portraits de médecins célèbres, etc. Les malades sont ainsi déjà suggestionnés par le milieu ambiant avant toute intervention médicale. Quant à ceux qui sont éveillés, il les engage à dormir. Il met sa main droite sur les sinus frontaux et sa main gauche sur la région précordiale. Le malade s'endort alors doucement, le Dr Wetterstand revient plusieurs fois et applique sur l'organe malade une main ou deux.

Les malades qui ont besoin de soins plus prolongés s'étendent sur des canapés, les autres s'assoient sur des fauteuils ou des chaises — hommes et femmes, quelle que soit leur condition sociale — comme cela est conforme aux mœurs du Nord. Pourtant, dans des cas spéciaux on prend soin de pratiquer une séparation qui s'effectue grâce au petit salon dont nous avons parlé plus haut. La suggestion se fait de préférence dans la langue maternelle du malade, mais ce qui importe surtout, c'est l'intention bienveillante et persuasive du médecin. Le Dr Wetterstrand va d'un malade à l'autre, et à demi-voix suggestionne chacun en passant. La durée du sommeil dépend du genre et de la phase de la maladie. Dans les affections chroniques, il n'obtient de bon résultat qu'au moyen de l'hypnose profonde. Moins le malade est nerveux, plus il s'endort facilement. Le Dr Wetterstrand regarde comme une erreur de prétendre que les hystériques sont les plus faciles à endormir; au contraire, très souvent ces malades ne s'endorment pas du tout, mais ils sont très faciles à suggestionner à l'état de veille. Les malades se réveillent eux-mêmes, sans qu'on leur dise de se réveiller. Aussi le sommeil de Wetterstrand, comme celui de Liébault, est plutôt le « *sommeil prolongé* » que le « *sommeil provoqué* ». Il importe de dire que le Dr Wetterstrand ne fait pas d'expériences, mais que sa méthode, telle qu'il la conçoit, mérite véritablement le nom « d'Hypnose thérapeutique » ; elle n'a rien de commun avec l'hypnotisme expérimental. Il l'emploie quelquefois dans les maladies générale, comme moyen d'investigation. Enfin, je me permets d'ajouter la liste des cas soignés par le Dr Wetterstrand, 13 décembre 1900.

Description des cas soignés par le Dr Wetterstrand, 13 *décembre* 1900. — Neurasthénie, Alcoolisme; Incontinence d'urine, Onychophagie, Kleptomanie; Alcoolisme ; Névralgie ischiatique ; Neuras-

thénie ; Migraine ; Alcoolisme ; Epilepsie ; Alcoolisme ; Dipsomanie; Névropathie ; Dypsomanie ; Idées obsédantes ; Insomnie (alcoolisme) ; Douleurs névropathiques ; id. ; insomnie ; Nervosisme, intoxication due au tabac ; Insomnie ; Palpitations du cœur ; Insomnie, Impulsions irrésistibles ; Céphatalgie ; Alcoolisme ; Fatigue, Insomnie, douleurs diverses, etc.

La suggestion pendant la narcose éthyl-méthylique.

M. Paul FAREZ (Paris). — En pathologie nerveuse ou mentale, de nombreux cas paraissent justiciables du traitement moral ; celui-ci, toutefois, reste souvent inefficace, parce qu'il s'adresse à des sujets qu'on n'a pas, au préalable, rendus aptes à être suggestionnés. Lorsque après de nombreuses tentatives d'hypnotisation, l'on n'a pas pu réaliser un degré suffisant d'hypotaxie, on se décide parfois, en dernier ressort, à formuler la suggestion curative pendant la narcose chloroformique. Mais le chloroforme est d'un maniement délicat : il comporte de multiples inconvénients, surtout au réveil.

Depuis plusieurs mois, j'emploie couramment, dans ma pratique psychothérapique, quelques dérivés halogénés de l'éthane et du méthane, en particulier un mélange ainsi constitué : chlorure d'éthyle 65 p. 100, chlorure de méthyle, 38 p. 100, et bromure d'éthyle, 5 p. 100.

Ce mélange utilisé en odontologie sous le nom de somnoforme, procure une anesthésie sûre, immédiate, complète et inoffensive, avec réveil instantané, exempt de malaise ; il peut être administré avant ou après les repas, chez des sujets jeunes ou vieux, assis ou couchés, dégraffés ou complètement habillés.

Suivant les doses, les cas pathologiques, la mentalité du malade la technique employée, le contenu des suggestions, la présence ou l'absence de certaines excitations psychosensorielles, je réalise avec ce produit l'un ou l'autre des trois états psychologiques suivants :

I. *Narcose confirmée.* — Il n'y a plus pleine conscience, mais seulement subconscience ; c'est une sorte d'état d'automatisme. Les diverses sensibilités peuvent être impressionnées ; la suggestion est reçue en tant que suggestion ; des hallucinations hypnagogiques puis des rêves se déroulent, avec ou sans phénomènes moteurs et souvenir plus ou moins vif au réveil.

II. *Hypernarcose.* — Il y a, cette fois, sommeil profond, avec engourdissement de la conscience et même, à ce qu'il semble, inconscience relative, échec des suggestions à échéance et amnésie complète au réveil. Toutefois, quelques gestes ou paroles manifestent un certain degré d'activité onirique.

III. *Hyponarcose.* — Cet état avoisine la narcose confirmée, sans l'atteindre tout-à-fait ; il approche le seuil de cette dernière, mais

ne le franchit pas ; c'est une *narcose subliminale*. La conscience est restreinte, mais exaltée ; elle gagne en intensité ce qu'elle a perdu en étendue. Les résistances conscientes ou inconscientes sont brisées. Devenu éminemment suggestionnable, le sujet présente de l'hyperacuité auditive, de l'hyperréceptivité centrale ; il est un récepteur non moins passif, mais actif ; dans une sorte d'ivresse psychique, il fait sciemment effort pour favoriser la suggestion et se l'assimiler pleinement. Ces diverses narcoses comportent des applications multiples en ce qui concerne le diagnostic et le traitement.

Le *diagnostic* est souvent éclairé et, cela, de deux manières différentes : 1° l'évocation du subconscient est rendue facile et, par elle, la connaissance de certaines idées fixes ignorées de la conscience vigile ; 2° soit spontanément, soit à la suite de sollicitations suggestives, le sujet confesse au médecin des obsessions, des phobies, des impulsions ou certaines particularités pathologiques qu'il refusait obstinément de révéler à l'état de veille.

Au point de vue *thérapeutique*, chacun de ces trois états comporte des indications spéciales :

I. L'hypercarnose sera réalisée de préférence chez les nombreux malades qui se plaignent de n'avoir jamais pu être endormis à fond par aucun médecin ; et, cependant, ils sont persuadés que seule pourra les guérir la suggestion qu'on leur fera pendant qu'ils dormiront d'un sommeil profond avec inconscience et, au réveil, amnésie complète. Suggestionnée pendant l'hypernarcose, ils guérissent non point par la vertu de la suggestion elle-même, mais en vertu de la « faith healing » ; ils ont foi en la puissance curative de la suggestion faite dans ces conditions.

II. Grâce à la narcose confirmée, certaines suggestions spéciales impressionnent, en tant que suggestions appropriées à son cas, le malade qui les repoussait à l'état de veille. Cette narcose convient, en particulier, aux mentaux qui refusent de se laisser suggestionner par les moyens ordinaires ; elle permet de les traiter malgré eux et, en quelque sorte, à leur insu. De la narcose proprement dite, sont justiciables les autosuggestions pathologiques et certaines hétérosuggestions qui nécessitent une désuggestion minutieuse.

III. L'hyponarcose doit être réservée aux dégénérés intelligents, douteurs, scrupuleux, inquiets, abouliques, obsédés, délirants, impulsifs, fous moraux, impuissants. Ils ont conscience de leur cas pathologique ; ils le déplorent et voudraient bien en guérir, mais leur obsession morbide les harcèle et empêche l'invasion de l'hypnose. Mis en état d'hyponarcose, ils ont la notion que tous les obstacles sont levés ; le terrain est déblayé ; la place est libre, table rase est faite de tout ce qui s'oppose à la suggestion ; ils se sentent aptes à être influencés ; ils n'ont ni la volonté, ni la pensée de résister ; ils se sentent désarmés, pieds et poings liés ; ils ne peuvent discuter ; il faut qu'ils acceptent la suggestion ; celle-ci s'impose

inéluctable. — D'autre part, certains malades repoussent l'hypnotisme, arguant qu'il leur enlèvera leur libre arbitre et les réduira à l'état de machine ; ils acceptent sans répugnance cette hyponarcose qui, loin d'obscurcir ou de supprimer la conscience, la conserve et même l'exalte.

Il y a plus. En dehors des indications précises énoncées ci-dessus, la narcose somnoformique constitue, pour toute l'étendue du domaine psychothérapique, un procédé d'hypotaxie artificielle plus facile, plus sûre et plus rapide que celle qu'on obtient par de simples moyens psychosensoriels.

Le mot « somnoforme » a été arbitrairement formé et s'est imposé dans la pratique, de même que, par exemple, antipyrine, cryogénine, parodyne et autres du même genre. Sa terminaison « forme » pourrait faire penser à tort qu'il s'agit d'un dérivé de l'acide formique. Pour être plus exact, je dirais volontiers, au lieu de suggestion somnoformique, suggestion chlorobrométhylique ou, abréviativement, suggestion éthylméthylique.

Organisation du service de médecine mentale dans les prisons.

M. Masoin (Louvain). — M. Masoin expose d'abord, en quelques larges traits, l'ensemble de la situation martérielle et morale où se trouvent les détenus criminels, au point de vue de l'éclosion des maladies mentales; il fait ressortir, à côté des aspects funestes de la vie du prisonnier, les circonstances favorables à l'intégrité physique et psychique, tellement que, dit-il, pour cetaines natures, la prison assure une santé et une longévité qui auraient fait défaut dans la vie libre; en effet, tel sujet demeuré libre aurait versé dans les excès de la boisson, de la débauche et tous autres qui auraient altéré son cerveau et même abrégé la vie.

Néanmoins, en Belgique comme partout ailleurs, l'aliénation mentale est beaucoup plus fréquente dans les prisons que dans le groupe social ordinaire. M. Masoin produit à cet égard des chiffres officiels qu'il apprécie au passage.

A noter aussi, en passant, que le nombre des malheureux sequestrés en Belgique augmente comme ailleurs — tellement que, à une époque qu'on peut fixer par le calcul (si la progression continue à la même allure), tous les citoyens du pays seront aliénés, soit d'ici à l'échéance, d'ailleurs lointaine, d'une quarantaine de mille ans !

M. Masoin raconte la création du service de médecine mentale dans les prisons de Belgique, création due à un ministre éminent, M. Jules Le Jeune. Il expose les variations survenues dans le développement successif de ce mécanisme qui est unique dans le service pénitentiaire ; il discute la question soulevée au Sénat belge et à l'Académie de médecine : l'utilité des inspections trimestrielles ; il

signale surtout les réformes qu'il importe de réaliser : ainsi le droit formel de provoquer une expertise devrait appartenir aux médecins de la prison comme aux directeurs, et même devrait leur être transféré : ainsi encore il conviendrait de créer un asile d'observation qui, naturellement, se placerait à côté du pénitencier principal (la grande prison cellulaire de Louvain) il y aurait même lieu de créer, vers le centre du pays (au lieu des positions excentriques de Tournai et de Mons), un asile spécial pour aliénés criminels [1], conformément au vœu formulé par l'Académie royale de médecine ; ainsi encore le Ministère de la Justice devrait recruter les médecins des prisons parmi les docteurs qui auraient fait des études spéciales de médecine mentale; car l'idéal serait que chaque médecin de prison fût suffisamment spécialisé en cette matière qui présente un si vif intérêt dans le régime pénitentiaire.

M Trénel (de Saint-Yon). — Il est étonnant de voir un chiffre si bas parmi les aliénés condamnés. — M. Drouineau (de Paris). — Il sera difficile d'arriver à ce que les médecins de prison soient tous aliénistes.

M. Masoin (de Louvain). — La réforme demandée n'est pas si difficile à obtenir. Quant à la différence des statistiques de paralytiques généraux criminels en France et en Belgique, c'est un fait. — M. Bidlot. — Les expertises ayant lieu en Belgique avant la condamnation depuis plusieurs années, ce fait expliquerait la moindre fréquence des paralytiques généraux criminels. — M. Masoin. — Les expertises remontent à une époque antérieure à la circulaire ministérielle à laquelle il est fait allusion.

M. A. Marie parle des aliénés en liberté qui commettent des crimes ou délits. Il demande qu'un groupe d'études soit constitué pour en établir le relevé exact. A ce sujet il rappelle que les suicides en Angleterre avaient été considérés comme en voie d'accroissement, d'après les relevés de journaux : une étude très importante de M. J. Sibbald, présentée à la British Medical Association à Edimbourg, fit justice de ces exagérations, en y substituant l'examen scientifique des statistiques officielles des trente dernières années. Semblable étude s'impose pour les crimes, à l'occasion du rapport spécial de M. le D[r] Keraval, à Pau.

Installation d'un pavillon d'isolement des aliénés tuberculeux à l'asile d'Armentières, par Chardon et Raviart. (Sera publié dans le prochain numéro).

Un cas de retard de la parole par malformation anatomique chez un arriéré épileptique. — Tentative de traitement chirurgical.

M. Larrivé (de Meyzieux). — L'an dernier, au Congrès de Gre-

[1] Nous croyons que les asiles ordinaires, bien organisés, peuvent suffire à tous les points de vue, en particulier à celui de la sécurité publique. (B.)

noble, j'avais l'honneur de vous entretenir de la fondation d'un institut médico-pédagogique[1] annexé à notre établissement, et je vous faisais connaître les heureux résultats que nous y avions obtenus.

Pour compléter cette étude, je voudrais vous entretenir aujourd'hui d'un cas de retard de la parole par suite de malformation anatomique chez un de nos jeunes malades.

Voici le résumé de son observation : âgé de quatorze ans, l'enfant est entré dans le service en mars 1902. Épileptique et arriéré, sa parole était presque incompréhensible, à cause d'une articulation défectueuse et d'une mauvaise prononciation. Malgré une conformation anormale de l'appareil phonateur (lèvres molles et relâchées — bave — langue épaisse et courte), nous pensâmes d'abord que des exercices méthodiques de gymnastique respiratoire, labiale et linguale, suffiraient pour rendre plus intelligible la parole de l'enfant.

Le succès parut d'abord répondre à notre attente; un léger progrès se manifesta, mais ne s'accentua pas; les lèvres étaient moins molles et plus obéissantes; par suite, amélioration de l'articulation de certains sons comme *b*, *f*, *v* et des voyelles. La respiration était plus régulière, l'inspiration plus profonde et l'expiration mieux dirigée, d'où amélioration de la prononciation. Mais, du côté du fonctionnement de la langue, aucun progrès. Epaisse, elle était bridée par un frein très court, empêchant sa pointe de s'élever vers les incisives supérieures ou le palais; par suite, les sons *t*, *d*, *n*, *l* n'étaient pas émis; d'autres, tels que *s*, *z*, n'étaient pas nets.

Nous avons alors songé à tenter une opération capable de libérer l'organe prisonnier et de le mettre en état de fonctionner plus normalement.

Mon excellent confrère et ami, le Dr Bert, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien à l'infirmerie protestante, voulut bien examiner l'enfant et constata, comme nous, une malformation anatomique empêchant l'allongement de la langue; il remarqua, au niveau du frein, trois cicatrices dues à autant de tentatives de *couper le fil*. — Nous fûmes d'accord pour une intervention. Après une étude plusieurs fois répétée sur le cadavre, le Dr Bert constata qu'on pouvait, en disséquant la muqueuse, obtenir un allongement de la langue de 2 centimètres au minimum. L'opération fut faite dans les meilleures conditions : grâce à l'antisepsie buccale méthodiquement et rigoureusement pratiquée, il ne se produisit aucun accident post-opératoire. Le résultat anatomique prévu fut obtenu : par des tractions opérées sur la langue, on obtint un allongement

[1] Ces expressions, celle de *Traitement médico-pédagogique*, ont été créées par nous. (B.).



d'environ 2 centimètres. Mais, au point de vue physiologique, nous constatâmes que, si l'enfant parvenait à amener spontanément la pointe de la langue hors de la bouche (ce qu'il ne pouvait faire auparavant), il n'était pas très maître des mouvements de cet organe; il lui restait à apprendre à diriger sa langue et à s'en servir pour parler comme le petit enfant apprend à se servir de sa main pour saisir les objets. Il fallait, dès lors, reprendre les exercices de gymnastique linguale, ce qui fut fait; et nous avons déjà pu constater une amélioration assez notable; mais le succès final, définitif, que nous espérons bien obtenir, est retardé un peu par l'apathie de l'enfant, et plus encore peut-être par la mauvaise volonté avec laquelle il se prête aux exercices, il n'y a plus là qu'une affaire de temps et de patience, et nous aboutirons.

Conclusion. — Là où la pédagogie, réduites à ses seules forces, échouait, la chirurgie obtenait des résultats. Lorsqu'il s'agit de faire l'éducation de la parole, chez un sourd-muet, un entendant-muet, un bègue, etc., la collaboration intime du médecin, du chirurgien parfois et du professeur spécialiste est nécessaire pour arriver au succès final; il en est du reste de même pour tous les genres d'éducation. Dans tous les établissements d'instruction, la place de l'homme de l'art est à côté du professeur, et ce ne sont point seulement nos arriérés qui ont besoin d'une éducation médico-pédagogique, mais tous les enfants en général.

M. Bourneville. — Le malade, dont M. le Dr Larrivé vient de nous exposer l'histoire intéressante, montre la nécessité d'examiner les enfants anormaux de la façon la plus minutieuse. La dentition, la mastication qui a besoin d'être surveillée, même apprise; la langue (hypertrophie, atrophie, perlèche, fissures — comme chez les idiots Mongoliens — brièveté du frein) et le palais au point de vue de la déglutition et de la parole; les amygdales, le pharynx, sous le rapport des végétations adénoïdes qui, disons-le en passant, font défaut chez les 8 myxœdémateux que nous avons actuellement dans notre service mais se rencontrent chez un certain nombre d'idiots, en particulier chez les *idiots* mongoliens, dont nous avons fait l'autre jour la description (1 sur 9)[1].

[1] Voici d'ailleurs le résultat de notre examen du pharynx de nos *mongoliens*: 1° *Van de Cast*..., amygdales normales, pas de végétations adénoïdes; — 2° *Segur*..., amygdales volumineuses, pas de végétations adénoïdes: — 3° *Dourt*..., amygdales volumineuses, pas de végétations adénoïdes: — 4° *Volfin*..., amygdales normales, pas de végétations adénoïdes; — 5° *Jann*,.., amygdales volumineuses, un peu de pharyngite; pas de végétations adénoïdes; — 6° *Cott*..., amydales volumineuses, pas de végétations adénoïdes: — 7° *Lebr*..., amygdales volumineuses pas de végétations adénoïdes; — 8° *Mun*..., amygdales un peu volumineuses, pas de végétations adénoïdes; — 9° *Mait*..., amygdales un peu volumineuses, végétations adénoïdes,

Les membres doivent être examinés au point de vue des *paralysies*, des *parésies* qui échappent parfois [1], du *rachitisme* sur lequel nous avons appelé l'attention dans la séance de lundi et qu'on trouve à peu près toujours sinon toujours chez les myxœdémateux infantiles. Les organes génitaux doivent être explorés afin d'exiger une propreté constante qui permet d'éviter les accumulations de smegma, les irritations locales (prépuce, anus, vulve), qui s'accompagnent de prurit et amènent les enfants à se gratter et ultérieurement à se masturber. On s'assure s'il y a des malformations (hypospadias, phimosis) qui justifient une intervention chirurgicale. Donc, dans un certain nombre de cas, le chirurgien est appelé à aider le médecin.

Le malade de M. Larrivé, bien que profondément atteint au point de vue intellectuel, a été amélioré par le *traitement médico-pédagogique* que nous avons décrit par le menu dans nos *Comptes-rendus* de Bicêtre (1880-1902) et qui est appliqué à Meyzieux, par un de nos anciens instituteurs de Bicêtre et de l'*Institut médico-pédagogique*, M. Gandvilliers. Voici, à l'appui des résultats que l'on peut enregistrer grâce à notre méthode de traitement et d'éducation, quelques-unes des photographies collectives que nous avons montrées l'autre jour. Elles représentent de 2 en 2 ans des enfants atteints d'*idiotie complète* ou d'*idiotie profonde* et montrent les heureuses transformations qui se sont produites. Il s'ensuit qu'il ne faut parler d'incurabilité que quand on a, *pendant plusieurs années*, appliqué *régulièrement* tout le traitement médico-pédagogique comprenant : 1° les exercices physiques, *a*) gymnastique des mouvements (avec chants, au tambour, à l'harmonium ou au piano, avec la fanfare), des échelles fixes, et de corde, des ressorts, des agrès ; — *b*) la danse, les rondes ; — *c*), l'escrime même ; — *d*) le travail manuel ; — 2° le traitement du gâtisme, les leçons de marche, d'habillement, de toilette, de ménage, de préhension, etc. ; — 3° l'éducation de la parole (procédés spéciaux, exercices de la respiration avec les barres d'entraînement ; — 4° les leçons de choses, non seulement en classe, mais partout [2] ; les leçons avec projections, depuis celles qui ont pour but de fixer l'attention jusqu'aux leçons-conférences ; — 4° les

[1] Toutes les fois qu'un enfant a eu des convulsions, le médecin devrait prendre de temps en temps les mesures comparatives des membres et explorer la force musculaire car, presque toujours, en pareil cas, il y a une inégalité des membres.

[2] Rappelons à ce propos que dans notre service, les arbres, les arbustes, les fleurs sont étiquetés : il devrait en être de même dans tous les squares et parcs, qui devraient servir aux *leçons de choses* et où les enfants des écoles devraient être promenés par groupe. Tout le monde, d'ailleurs, y trouverait bénéfice.

exercices scolaires les plus variés, depuis l'A B C jusqu'à la préparation au certificat d'études.

Le traitement chirurgical qui reposait sur une hypothèse anatomique fausse, la *synostose prématurée* des os du crâne, est aujourd'hui abandonné, heureusement, et nous y avons contribué. La chirurgie doit intervenir dans les circonstances que nous avons rappelées.

La *médication thyroïdienne* rend d'énormes services, ainsi que nous l'avons démontré par une communication précédente, dans l'idiotie myxœdémateuse, l'idiotie mongolienne, dont nous avons vu hier au Strop de Gand un beau spécimen, l'idiotie avec nanisme simple, avec obésité ou avec infantilisme. (M. B... fait passer sous les yeux des membres du Congrès des photographies collectives des malades de chaque groupe).

Les résultats que nous a signalés M. le docteur Larrivé, les nôtres, tant à Bicêtre qu'à l'Institut médico-pédagogique mettent hors de toute contestation qu'il est possible d'améliorer, de guérir même, non seulement les arriérés, les imbéciles, mais aussi les IDIOTS COMPLETS.

Notre but, en intervenant dans la discussion, est d'essayer de dissiper les préjugés qui règnent dans l'esprit de beaucoup de médecins sur l'incurabilité de ces MALADES car, à quelque groupe qu'ils appartiennent, ces enfants sont des *malades* et relèvent d'abord du médecin dont les pédagogues sont les auxiliaires, de même que les infirmières. Ce qu'il faut organiser pour réaliser cette réforme humanitaire, c'est : pour les plus atteints, des *asiles-écoles* ; — pour les moins malades et ceux qui ont été améliorés dans les asiles-écoles, des *classes* ou des *écoles spéciales*. Il ne m'appartient pas de dire mon rôle dans la réalisation de l'assistance, du traitement et de l'éducation des enfants idiots. Mais je puis signaler les progrès accomplis dans des pays jusque-là en retard, l'Italie [1] et la Belgique. J'ai cité l'autre jour la création de *classes spéciales* à Bruxelles (1897) et à Anvers (1899), grâce aux efforts de MM. les Drs Demoor, Decroly, Daniel, Ley, de M. Lacroix, instituteur. J'ai vu depuis, par une visite à l'établissement « Le Strop », à Gand, sous l'aimable direction du Dr Maere et des frères Amédée et Philémon, une section, fondée il y a dix-huit mois, contenant cent enfants; par une autre visite à l'établissement privé de M. Decroly, que la seconde partie du programme, la création d'*asiles-écoles*, avait reçu un commencement de réalisation et nous devons ajouter dans

[1] Il s'est créé une *Ligue nationale pour la protection de l'enfance anormale*, sous la présidence du professeur Bonfigli, en faveur de laquelle Mme la doctoresse MONTESSORI, une de nos élèves, fait depuis plusieurs années une très active propagande, allant de ville en ville faire des conférences pour obtenir des fonds et des adhérents.

des conditions aussi parfaites que possible. Signalons enfin la création d'une *Société protectrice de l'enfance anormale*, dont la seconde assemblée générale s'est tenue en mars dernier.

Les réformes accomplies depuis quelques années en Belgique font honneur à ce pays, qui, par les institutions qu'il a créées, par celles qui vont l'être prochainement, peut être donné en exemple.

M. le Dr Decroly (de Bruxelles). — Je voudrais me permettre une remarque à propos de l'intéressante communication de M. Larrivé. Je crois devoir insister, en effet, sur un point. C'est que le succès obtenu par mon honorable confrère ne doit pas être considéré comme un argument en faveur de l'intervention chirurgicale dans les troubles du langage. Les faits rapportés gardent toute leur valeur, personne ne le conteste, seulemement il est utile de dire que les cas où une opération quelle qu'elle soit puisse avoir un effet curatif même partiel sont exceptionnels. Pour ma part je n'ai pas encore eu l'occasion d'en rencontrer.

N'oublions pas à ce propos l'expérience malheureuse faite en ce sens, il y a une soixantaine d'années pour guérir le bégaiement : on se basa aussi à cette époque sur l'aspect anatomique anormal de certaines langues de bègues pour préconiser soit l'excision d'une partie de cet organe, soit la section d'un ou plusieurs de ses muscles. Si l'on songe qu'à cette époque les méthodes anesthésiques, l'antisepsie et l'hémostase, dont nous disposons aujourd'hui, manquaient, on peut se figurer qu'elles devaient être les suites les plus fréquentes de ces opérations. Mais, même dans les cas heureux, chirurgicalement parlant, on s'aperçut bien vite que le résultat orthophonique était nul ; et la vogue de la méthode tomba aussi vite qu'elle était montée. Ce faux départ eût surtout comme conséquence de déprécier considérablement la compétence des médecins dans la question du traitement du bégaiement et des troubles du langage, dépréciation dont il ne s'est pas encore relevé aujourd'hui.

Ce qui est vrai pour le bégaiement l'est plus encore pour la majorité des autres troubles du langage, où l'élément psychique domine et où par conséquent le développement du langage est pour ainsi dire inséparable de l'évolution des facultés intellectuelles. Il y a plus, dans les cas mêmes ou l'obstacle est apparemment périphérique il est exceptionnel que ce soit dans le muscle qu'il faille voir la cause du mal. Sans doute il peut être contracturé, paralysé en totalité ou en partie, mais ces symptômes ne sont le plus souvent que la manifestation extérieure d'un trouble, d'une lésion plus ou moins grave des centres cérébraux et le chirurgien ne peut rien obtenir.

Je puis vous montrer à ce propos la photographie stéréoscopique d'enfants atteints d'une affection différenciée dans ces derniers

temps sous la dénomination de paralysie pseudo-bulbaire congénitale. Je ne m'étendrai pas sur la symptomatologie qui caractérise ces cas, mais tous deux ont cela de commun qu'ils sont presque muets sans être sourds et que l'examen fait constater chez tous deux une impuissance motrice très nette de la langue, des lèvres et du voile du palais. Or, ces troubles sont tels qu'ils empêchent tout langage articulé et que ces enfants sont moins bien lotis à cet égard que les sourds mêmes. Malgré ce mutisme et malgré l'apparence idiote qui résulte de l'inexpression de la face, ces enfants peuvent ne pas être dépourvus d'une certaine intelligence et le premier cas que je vous fais passer en est un exemple. En effet, cet enfant qui, entre parenthèses, avait été considéré comme inéducable et mené au point de vue médico-pédagogique d'une manière irrationnelle, a fait preuve depuis que je l'ai en observation de facultés psychiques certainement suffisantes pour faire espérer qu'il parviendra quoique muet à se suffire plus tard. Puisque le moyen normal de communiquer avec ses semblables par la parole lui manque, l'essentiel est de lui en donner d'autres et de les utiliser, pour lui donner les notions primordiales et développer ses facultés.

Aucun traitement, je pense, médical ou chirurgical, ne peut lui constituer de toute pièce les centres absents ou disparus et si comme le montrent les photographies, je suis arrivé à lui faire prononcer le *p*, et le *t* par des procédés mécaniques, je ne prévois cependant pas qu'il arrive jamais à s'exprimer d'une manière un peu courante et compréhensible. Or, c'est à cela qu'il faudrait arriver pour parler d'un succès.

Pour conclure, et je suis convaincu en cela d'être de l'avis de M. Larrivé, je dirai qu'il faut être très circonspect en matière de traitement sanglant des troubles du langage, qu'on ne peut se baser sur un seul succès ou demi-succès pour en étendre l'indication.

Un second fait ressort encore de la brève histoire que je vous ai rapportée. Elle illustre parfaitement ce que disait M. Bourneville, il y a un moment : il faut traiter tous les cas après les avoir examinés d'une manière approfondie et dans presque tous, si l'on y met le temps et la science voulus, on peut s'attendre à un résultat. Or, ce résultat quel qu'il soit est un gain pour l'enfant, pour sa famille et aussi pour la société.

Hystérie et morphinomanie.

M. Paul Sollier (de Boulogne-sur-Seine). — L'association de l'hystérie et de la morphinomanie est très fréquente. Elles peuvent être l'une vis-à-vis de l'autre cause ou conséquence. Le plus souvent l'hystérie est primitive. C'est elle qui amène la morphinomanie. Une fois cette dernière constituée, elle entretient l'hys-

térie, en aggravant l'état d'engourdissement des centres nerveux, caractéristique de la névrose. L'hystérie peut n'être que secondaire. Mais c'est très rare, si même cela existe. Il s'agit ordinairement, dans les cas d'hystérie dite morphinique, d'un état hystérique méconnu ou latent, qui se développe sous l'influence de l'intoxication morphinique, et qui peut apparaître au cours de la morphinomanie. Le plus souvent, ce n'est qu'au cours de la démorphinisation, au moment surtout du sevrage, que les troubles hystériques se montrent. Elle est, dans ce dernier cas, assez passagère et disparaît très rapidement avec la restauration générale de la santé et le retour d'une activité organique très intense. La morphinomanie au cours de l'hystérie primitive constitue un état très grave au point de vue de la récidive. La personnalité hystérique se combine à l'état morphinique, de sorte qu'il y a un rapport difficile à détruire entre les phénomènes hystériques et les phénomènes morphiniques. La morphine masque les troubles hystériques; ceux-ci reparaissent dès que l'usage de la morphine est suspendu, et ramènent aussitôt le besoin de morphine créé par son administration dès que ces accidents se montraient. Il est donc de toute nécessité de modifier la névrose hysterique si l'on veut voir l'obsession de la morphine disparaître chez une hystérique qu'on a traitée par la morphine. Il est surtout indispensable de savoir que les hystériques sont plus sujettes que les autres névropathes à s'habituer à la morphine, que la morphine ne calme qu'en apparence leurs accidents et ne font que les masquer en aggravant l'hystérie, qu'il s'établit avec la plus grande facilité un rapport, difficile à détruire ensuite, entre les accidents et le besoin de morphine, et qu'en conséquence on ne doit jamais administrer de morphine à une hystérique quand il s'agit de phénomènes hystériques, et qu'on ne ne doit même le faire qu'avec la plus grande circonspection quand il s'agit chez elle d'accidents non nerveux et douloureux qui en réclament habituellement l'emploi. Donner de la morphine pour combattre des accidents hystériques n'est pas seulement une faute thérapeutique, c'est exposer le sujet à une maladie qui peut devenir une infirmité incurable et même le conduire à la mort.

D'une sorte de léthargie des processus de cicatrisation chez une hystérique.

Drs Monestié et Pailhas (d'Albi). — Sous cette appellation, nous désignerons un arrêt complet, mais transitoire, des phénomènes de cicatrisation de la vaste plaie suturée de l'abdomen qu'avait nécessitée l'ablation d'un fibrome utérin.

Comme on le devine, le sujet était une hystérique qui, à la suite du traumatisme opératoire, ne se contenta pas de fournir

un épisode cicatriciel insolite, mais donna lieu à des accidents de psychose, à des anomalies de température, de respiration, de circulation, etc.

On connaît ou, tout au moins, on a déjà étudié l'influence des vésanies sur la réparation des plaies, parfois ralentie dans les états dépressifs, parfois aussi accélérée au cours de l'excitation maniaque. L'hystérie, pour sa part, passe pour guérir et cicatriser bien des plaies avec une promptitude quasi-miraculeuse[1]. Or, c'est à une modalité d'action inverse, à une sorte de syncope locale des processus de réparation et de guérison que se rapporte le cas suivant :

Résumé de l'observation : X..., célibataire, âgé de quarante et un ans, hystérique à stigmates multiples, laparotomisée le 22 mars 1903 et présentant, dans les quatre jours qui suivirent, une grande excitation délirante panophobique, en même temps qu'une véritable dissociation des phénomènes thermiques, respiratoires et circulatoires (température variant de 37°5 à 38°5, tandis que le pouls était de 140 et les mouvements respiratoires à 40 environ). Au huitième jour, l'amélioration de l'état général, l'indolence et les bonnes apparences de la région opérée engageaient l'un de nous à enlever les fils appartenant au premier des trois plans de suture pratiqués sur la paroi abdominale. Tout d'abord la réunion parut complète et assurée, mais la désillusion fut rapide : un petit effort de toux de la malade avait tout à coup suffit à entr'ouvrir dans toute son épaisseur et sa longueur (20 centimètres), la grande plaie dont les parois absolument étanches et atones ne présentaient ni suppuration, ni exsudation sanguine ou séreuse, ni commencement de reprise, ni bourgeonnement appréciable. A la différence près du tissu adipeux ici blanchâtre et d'aspect légèrement lardacé à sa surface, on eût dit une entaille faite sur le cadavre. Le catgut était à peu près entièrement résorbé. En ce temps, la malade ne manifestait ni appréhension, ni souffrance. Une nouvelle suture, faite sous chloroforme, amena la réparation normale dans les délais ordinaires, et, cette fois, sans cortège de phénomènes délirants.

Le mécanisme de la conscience.

M. de Vries (d'Amsterdam). — La simple mémoire se développe dans la couche optique et dans le corps strié.

La vue d'un objet et de ses marques particulières excite un courant nerveux sur quelques fibrilles optiques, et ces courants arrivent dans un nombre correspondant de cellules nerveuses du lobe

[1] Nous avons signalé bien des fois, après d'autres, par exemple Delasiauve, la prompte guérison des plaies, même très étendues chez les épileptiques. (B.)

occipital. Si nous écoutons un mot parlé, quelques fibrilles terminales du nerf acoustique reçoivent de même un courant, et celui-ci parvient à quelques cellules de l'écorce du lobe temporal, etc.

Mais les fibrilles du nerf optique sont interrompues dans leur voie vers le centre par des cellules des noyaux de la couche optique; de même les fibrilles du nerf acoustique ont une discontinuité par les cellules des noyaux du corps genouillé interne et ceux du corps strié.

En acceptant qu'il y a de nombreuses communications anatomiques entre les cellules des divers noyaux nommés, il arrivera que, en voyant un objet et en écoutant son nom à la fois, les deux courants s'allieront au moyen d'un courant secondaire, et voilà que la correspondance est née entre la vue et l'ouïe.

Conséquemment, si nous écoutons quelque temps après le nom seul, nous nous rappellerons la sensation de la vue; et par inversion, si nous voyons l'objet, le courant excité, qui a atteint la cellule correspondante, poursuivra sa voie, le long du chemin frayé par le courant secondaire, et arrivera à la cellule, qui appartient à la fibrille acoustique, et nous aurons la sensation du nom autrefois écouté.

De cette manière il est possible que la vue d'un objet rappelle la mémoire du nom, et que le nom écouté rappelle la mémoire de l'objet. Avec le goût, la sensibilité de la peau, l'odorat, c'est la même chose : la faculté de se rappeler repose sur la communication mutuelle entre les noyaux qui discontinuent les fibrilles des divers organes des sens. La mémoire plus complète se développe dans l'écorce elle-même qui s'agrandit depuis l'enfance de plus en plus.

Si nous observons un objet avec ses marques particulières plusieurs fibrilles optiques sont en action en recevant et conduisant un courant, chacune pour soi; ces courants divers arrivent dans des cellules correspondantes du lobe occipital, mais produisent là des courants secondaires. Ainsi le groupe de cellules excitées dans le lobe occipital seront alliées entre elles et causeront une hyperhémie capillaire locale; jusqu'ici la même chose qui a eu lieu dans un des noyaux de la couche optique; mais ensuite nous tâtons l'objet, nous le goûtons et l'examinons encore d'autres manières, cet ensemble de traitements nous donne l'idée de l'objet, et, maintenant, nous avons obtenu connaissance de cet objet. Voilà la base de notre savoir.

Mais, qu'est-ce qui aura lieu dans l'écorce? En tâtant, un grand nombre de cellules nerveuses dans la circonvolution centrale est mis en action et une hyperhémie locale est occasionnée; en goûtant l'objet, de même un groupe de cellules est excité dans une autre partie des circonvolutions centrales, dans la partie qui forme le centre du nerf glosso-pharyngien et voici le résultat :

des courants secondaires allieront le long de fibres d'association tous les groupes mentionnés, et dans le lobe occipital et dans le lobe pariétal. Parce que nous avons aussi écouté le nom de l'objet et de ses qualités particulières, des groupes de cellules dans le lobe temporal sont de même alliés dans le processus.

Ainsi l'excitation d'un de tous ces groupes peut mettre en action les autres, et faire rappeler la mémoire de l'objet et de ses qualités.

De la même manière la mémoire de l'usage d'un objet est éveillée, de même les positions succédantes dans lesquelles il se trouve; et les pensées, les locutions, les réponses ordinaires des hommes ne sont rien de plus que la mémoire à propos des choses que l'on a vues et entendues et dont on a de l'expérience, soit bonne, soit mauvaise, soit aussi de l'inexpérience.

Une autre manière de penser, de plus haute importance, c'est de faire une conclusion de plusieurs données.

La conclusion est effectuée, au moyen d'un courant secondaire nouveau, le long de fibres d'association qui allient un groupe de cellules excitées à un autre groupe : ainsi donc la voie n'est pas encore frayée.

Infantilisme myxœdémateux et maladie de Recklinghausen.

M. Henry Meige et E. Feindel (de Paris). — Une jeune fille de dix-huit ans se présente sous les apparences d'une grosse fillette, courtaude et lourdaude, de douze à treize ans. De petite taille, les traits enfantins, le visage un peu bouffi, le corps enveloppé d'une forte couche adipeuse et presque dépourvu de poils ; elle réalise bien le portrait clinique de l'infantilisme myxœdémateux. Elle est indifférente, apathique, lente à penser, lente à agir.

En outre, on voit sur la partie supérieure de la cuisse gauche un gros nœvus angiomateux d'apparence chéloïdienne; un lentigo généralisé, plus serré en certaines régions, notamment au cou, et deux ou trois taches café au lait de quelques centimètres carrés de surface dans la région de l'omoplate gauche. Malgré l'absence de toute tumeur cutanée et de tout neurofibrome, on doit songer à la coexistence d'une forme incomplète de la maladie de Recklinghausen avec l'infantilisme du type Brissaud.

Neurofibromatose et myxœdème sont des dystrophies auxquelles participe très largement le système tégumentaire ; il n'est pas impossible d'entrevoir une même cause originelle aux symptômes communs à ces deux affections. D'autre part, la pigmentation cutanée a été considérée comme un témoignage de l'insuffisance fonctionnelle des capsules surrénales du fait de la neurofibromatose (Revilliod) ; enfin la fatigue, la torpeur physique et psychique sont parmi les signes les plus importants de la maladie d'Addison.

Une troisième glande, l'ovaire, dont on sait les relations étroites avec la thyroïde, paraît aussi insuffisante dans le cas actuel ; la malade est à peine réglée ; elle a souvent des bouffées de rougeur comparables à celles des ovariotomisées.

Toutes ces coïncidences ne sont pas fortuites, et si l'on se rappelle en outre les altérations de la pituitaire rencontrées dans quelques cas d'infantilisme, on peut se demander si certaines dystrophies n'ont pas une origine polyglandulaire. En tout état de cause il y a lieu de rechercher les cas où, comme dans l'exemple précédent, des symptômes de la maladie de Recklinghausen viennent s'ajouter au syndrome de l'infantilisme myxœdémateux.

Le spasme facial ; ses caractères cliniques distinctifs.

M. Henry Meige (de Paris). — En dehors de toute notion étiologique et anatomo-pathologique, des caractères cliniques purement objectifs psrmettent de reconnaître le spasme facial.

Voici un premier degré : la face est d'abord calme, et ses deux moitiés sont symétriques. Soudain, sur le bord libre de la paupière inférieure d'un côté, apparaît un minuscule frémissement ; il gagne fibrille à fibrille tout l'orbiculaire inférieur ; puis le supérieur s'anime des mêmes palpitations, la fente palpébrale diminue. Le phénomène dure quelques instants, puis la détente survient, les frémissements s'effacent et disparaissent, les arcs palpébraux s'arrondissent, la crise est terminée.

A un degré plus avancé les crises augmentent de fréquence et d'intensité ; elles débutent de la même façon par un frémissement des paupières aboutissant si rapidement à la demi-occlusion que les palpitations initiales peuvent passer inaperçues, d'autant plus aisément que l'attention est attirée par les autres muscles du visage qui entrent en jeu : quelques fibrilles de l'un, un faisceau de l'autre, un troisième en totalité. Les contractions se succèdent en nombre de plus en plus grand jusqu'à occuper la totalité de plusieurs muscles, et de fréquence croissant jusqu'à produire une sorte de tétanisation de toute la musculature d'une moitié de la face. A ce moment, un côté du visage apparaît contracturé, les rides se creusent, la pommette est saillante, la commissure labiale tirée, l'œil demi-clos. mais cette contracture n'est pas uniforme : ici ou là, des parcelles de muscles semblent animées de légères trémulations. C'est une *contracture frémissante*.

Enfin, un troisième aspect clinique se trouve réalisé lorsque les crises précédentes sont très rapprochées, subintrantes. Toute une moitié du visage présente sans rémission l'état de *contracture frémissante :* sur un fond de contraction en masse qui semble définitive, apparaissent, disparaissent, tantôt ici, tantôt là, des contractions parcellaires erratiques, petites palpitations faciales dont le

frémissement fugitif ne fait qu'effleurer, sans la modifier, la grimace permanente, d'ailleurs elle-même inexpressive. Telles sont les physionomies cliniques que revêt le spasme facial à ses différents degrés.

Il est impossible de confondre ces mouvements convulsifs avec ceux qui frappent d'emblée un ou plusieurs muscles, sans hésitation, sans frémissements parcellaires, comme on l'observe dans les tics. Ce tableau clinique est soumis à des variations individuelles. Selon le sujet, selon l'ancienneté de l'affection, selon l'intensité de la crise, on voit prédominer soit les contractions parcellaires, soit la contracture. Celle-ci peut être presque permanente; celles-là peuvent être inappréciables au cours d'un premier examen. Il importe de rechercher toujours si elles ont existé antérieurement, car il semble bien de règle qu'elles constituent la toute première manifestation de la maladie, comme elles sont généralement les avertisseurs de la crise. Mais les deux phénomènes coexistent aussi souvent, la localisation des phénomènes convulsifs est aussi à retenir. Ils sont strictement limités au territoire du nerf facial. Ils peuvent ne pas s'étendre sur tout ce domaine, mais jamais ils n'empiètent sur celui d'un autre nerf. La crise peut durer un instant; mais les crises sont parfois subintrantes, il n'y a aucune rémission : les accès peuvent survenir ou se prolonger pendant le sommeil.

Il faut noter aussi l'inefficacité presque absolue des efforts de la volonté et de l'attention sur le spasme. Exceptionnellement, une pressante intervention corticale produit une légère inhibition, mais incomplète, éphémère et non instantanée. Ces caractères purement objectifs suffisent pour faire le diagnostic de spasme facial; celui-ci doit être confirmé par les renseignements touchant l'étiologie, l'évolution, la résistance de l'affection aux agents thérapeutiques.

Une forme spéciale de spasme facial a été décrite dans des publications récentes du professeur Bernhardt (de Berlin), de Newmark (de San Francisco) et de Henri Frenkel (de Toulouse); ces auteurs signalent comme une particularité anormale la présence de mouvements fibrillaires limités à la région spasmodique. Ce sont des « frémissements », des « trémulations », des « vagues » musculaires, si faibles qu'elles ne provoquent d'autre déplacement que celui de la peau sous-jacente comparables, selon Bernhardt, à ce que l'on a décrit dans la myokymie. Mais dans le spasme facial, la contraction musculaire est très variable dans sa vitesse et dans son intensité, depuis la reptation fibrillaire ou fasciculaire qui se traduit par une sorte d'ondulation pulsatile sous-cutanée sans déplacement de l'extrémité libre du muscle jusqu'à la décharge explosive qui, faisant brusquement tressauter un ou plusieurs faisceaux des muscles de la face, déclanche des parcelles de grimaces,

d'ailleurs sans signification mimique. On peut donc supposer que les mouvements dits fibrillaires font partie intégrante de la symptomatologie du spasme; seulement, dans les cas de Bernhardt, de Newmarkt et de H. Frenkel, les trémulations avaient acquis une importance toute spéciale.

Les accidents convulsifs du spasme facial se présentent chez certains sujets avec les allures de ceux qu'on a coutume de rattacher — faute de mieux — à des névroses et plus spécialement à l'hystérie. Mais il ne faut pas oublier que la physionomie clinique d'un phénomène morbide porte toujours le cachet des réactions personnelles du sujet qui en est atteint. De là tant de variantes individuelles qu'on rencontre à chaque pas en clinique et dont le spasme facial n'est pas plus exempt que les autres affections. L'hystérie ou toute autre névrose ou psychose n'est pas une sauvegarde contre les affections organiques, — et le spasme facial — est de ce nombre. En pareil cas, les symptômes qui appartiennent en propre à la maladie organique perdent de leur individualité. Leur diagnostic est plus ardu. Il n'en est que plus nécessaire d'apprendre à reconnaître leurs caractères objectifs.

Les *Congrès* ont besoin de la presse. Sans la publicité qu'elle donne à leurs travaux, leur action serait bien restreinte. Il est donc du devoir et de l'intérêt des *Comités d'organisation* d'abord, puis des *Bureaux* (président, vice-présidents, secrétaires, etc.) de faciliter l'œuvre des journaux, en particulier des journaux de médecine.

Le *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Bruxelles, dont le nombre des adhérents a dépassé celui de ses aînés, a cherché à réaliser ce programme. Grâce au secrétaire-général, M. le Dr Crocq, les rapports sur les trois questions proposées ont été distribués à temps et la grande majorité des auteurs de communications ont remis au secrétariat un résumé qui a été imprimé d'urgence et distribué à temps aux journalistes et aux congressistes. Nous espérons que M. Crocq prendra les mesures nécessaires pour envoyer les deux exemplaires d'usage des travaux du Congrès aux journaux de médecine qui, en insérant les avis du Comité et en faisant le compte-rendu des séances, ont contribué au réel succès de la session de Bruxelles.

Les excursions scientifiques à Gheel, à Spa, à Lierneux, les promenades aux grottes de Rochefort, de Han, sur la Meuse de Dinant à Namur, ont été très bien organisées, tâche difficile. La dernière journée (8 août) s'est terminée par un ban-

quet offert par l'infatigable président, toujours à son poste, M. le professeur Francotte, à l'hôtel Métropole où avait déjà eu lieu le raoût donné par M. et M[me] Crocq, et le banquet du Congrès. Notre ami M. le professeur Pitres a remercié le président en excellents termes.

Le lendemain a commencé la partie extra-scientifique du programme, heureusement ajoutée par M. Crocq. Un grand nombre de congressistes y ont pris part, d'abord visite de Bruges, de Blankenberg et d'Ostende. Les municipalités de ces deux dernières villes ont reçu officiellement, de la façon la plus cordiale, les congressistes. Du 10 au 15 août a eu lieu l'excursion en Hollande sur laquelle M. le D[r] Laignel-Lavastine a bien voulu nous donner ses impressions.

En terminant, nous devons féliciter MM. Francotte et Crocq pour la bonne organisation du Congrès ; remercier tous nos confrères belges de leur accueil tout à fait confraternel [1].

Bourneville.

Lettre d'Anvers.

Monsieur le Rédacteur en chef,

L'excursion en Hollande, organisée par MM. Francotte et Crocq, les aimables président et secrétaire du XIII[e] Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, vient de se terminer en gerbes de bravos.

Les jours heureux n'ont pas d'histoire pour ceux qui ne les ont pas vécus. Aussi, de nos promenades sur les canaux miroitants, au milieu des prés verts où poussent à l'horizon des mâts de navire et des moulins à vent, et de nos stations dans les musées où brillent, peintes sur les toiles et les panneaux, les visions de couleur et de vie des grands maîtres disparus, n'ai-je l'intention de noter que quelques courtes remarques médicales.

Médecins et aliénistes, nous avons visité à Méremberg, sous la conduite de son aimable directeur, M. le docteur J. van Deventer, un asile-modèle d'aliénés. Médecins, et quelque peu curieux de la grande peinture flamande et hollandaise, connue déjà avant qu'on l'ait vue, nous avons remarqué, dans ses temples de La Haye, d'Amsterdam, d'Harlem et d'Anvers, quelques tableaux qui pré-

[1] Nous avons fait tous nos efforts pour donner un compte-rendu aussi exact que possible du Congrès. Nous faisons appel à nos collègues pour nous permettre de le compléter s'il y a lieu.

sentent, à côté de leur très grande valeur artistique, un petit intérêt médical.

*
* *

A Méremberg, près de Harlem, nous avons trouvé, dans un parc égayé de pièces d'eau, plusieurs pavillons qui ont plus l'air de chalets que de quartiers d'aliénés. Dans chacun d'eux, nous avons vu, dans des pièces riantes, d'une propreté devenue proverbiale, et ornées de gravures et de fleurs, des malades, couchés ou assis, gardés par de jeunes infirmières au torse dessiné par de grands tabliers blancs qui, épinglés sur la poitrine, descendent en avant jusqu'aux pieds. Dans ce séjour paisible, où règne une atmosphère de douceur faite du calme des bois, de la verdure des gazons, et de la présence de femmes dévouées au service des malades, on conçoit que les aliénés trouvent la sédation que ne peuvent leur donner, par exemple, la plupart de nos casernes-prisons françaises, où nous mettons nos fous. Il ne faut d'ailleurs pas voir dans l'influence heureuse de l'infirmière sur l'aliéné, une vertu magique. Si l'aliéné laisse prendre sur lui un grand ascendant à l'infirmière hollandaise, c'est qu'elle n'a pas seulement les qualités féminines banales qu'on trouve dans nos infirmières des hôpitaux parisiens, mais issue d'une couche sociale plus élevée, fille de pasteur, de marchand, de bourgeois ou de médecin, elle fait du soin des malades une carrière, elle y apporte ce tact de la jeune fille instruite qui est l'intelligence du cœur, et acquiert ainsi, aux yeux de son malade, une autorité qui manquerait totalement chez nous. Mais, pour avoir de telles infirmières, il faut bien les payer et les loger. Nous avons visité leur maison, qu'on appelle « la maison des Sœurs », quoiqu'elles n'appartiennent pas à d'autre ordre qu'à celui de la charité; c'est une charmante villa où les premières sœurs ont chacune leur appartement formé de plusieurs pièces; où les sœurs subalternes, les toute jeunes enrôlées, ne sont pas parquées dans d'horribles dortoirs, mais habitent de charmantes chambres toutes vernissées, et où sont installés, comme dans un cercle, des salles de travail, des salles de lecture, un salon et une salle à manger. Ces conditions matérielles offertes produisent une sélection qui seule permet l'application du système. A ce tableau tout de lumière, il faudrait ajouter quelques ombres pour qu'il fut tout à fait ressemblant : il y a des cellules qui servent parfois, et des malades qu'il faut attacher, comme partout ; mais la critique vraie doit surtout montrer ce qu'il y a de bon dans les choses; le mal se voit toujours assez.

*
* *

Dans les musées, nous avons retrouvé tous ces exquis tableaux de Steen, Van Ostade, Brakenbourgh que M. Meige a si finement

analysés dans ses études de la *Nouvelle Iconographie* sur les « Pierres de tête », « les Médecins Urologues» et « le mal d'amour », nous avons admiré dans le Christ à la paille de Rubens, la flaccidité livide de la chair morte, nous avons relevé les détails amusants d'une amputation de la jambe au tiers supérieur, nous avons enfin, dans l'œuvre formidable de Rembrandt, cueilli quelques détails médicaux.

« L'amputation de la jambe » est un grand tableau du musée d'Anvers, dû à Francken, autant qu'il m'en souvient, qui n'accroche pas le regard par sa très grande valeur picturale, mais qui intéresse le médecin, car la scène se passe dans une grande salle d'hôpital dont le fond est occupé par un lit, et surtout le chirurgien, car les détails de l'opération sont nettement précisés. L'amputation est terminée ; la surface de section apparaît rouge vif, l'hémostase est faite par la compression manuelle de la poplitée et de plus, la peau immédiatement au-dessus, est serrée par un lien circulaire, et l'on comprend difficilement comment cette peau, coupée au ras des chairs, sans avoir été tirée en arrière, pourra recouvrir la surface cruentée. A côté de l'amputé, est la jambe malade : elle présente à sa face antéro-interne une longue ulcération à contours sinueux : la malléole interne est à nu ; l'ulcération remonte jusqu'à la partie moyenne de la jambe ; les tissus au dessus de l'ulcération paraissent sains. Le diagnostic ne semble pas douteux ; on pourrait, un instant, en voyant l'âge déjà avancé du malade dont le visage est ridé, penser que l'on a affaire à une gangrène sénile, mais le membre amputé n'en a pas les signes ; il faut donc admettre un ulcère variqueux, et la jambe de bois, qu'un aide tient dans ses mains, rendra bientôt plus de service au malade que sa jambe toujours ulcérée. Par terre sont les instruments qui ont servi à l'opération : une scie à champ tourné dont le modèle est d'hier et un énorme rasoir qui a dû remplacer le couteau d'amputation. Enfin, derrière le malade, sont alignées trois bassins de cuivre remplis de liquide sanglant.

Nous avons vu « la Leçon d'Anatomie » à La Haye, avant les sujets analogues du musée d'Amsterdam. Nous connaissions trop la « Leçon d'Anatomie » pour être étonnés au premier moment, mais à mesure que le tableau, longuement regardé, nous a permis de nous abstraire des images antérieures que nous en avions par les gravures, les reproductions et les photographies, nous avons été saisis par la prodigieuse exécution du cadavre. Et il y aurait tout un parallèle à faire entre ces deux cadavres de Rubens et de Rembrandt, l'un tout voisin encore de la mort, comme on le voit à l'hôpital, l'autre devenu matière à dissection, d'où l'on sent que depuis longtemps déjà la vie s'en est allée.

Les Leçons d'Anatomie du musée d'Amsterdam, à part celle de Troost, n'ont pas grand intérêt. Elles pourraient tout au plus ser-

vir de repoussoir à celle de Rembrandt, qui n'en a, d'ailleurs, nul besoin. Au contraire, le fragment d'une Anatomie de Rembrandt, qui fut en partie brûlée, retient l'attention, non seulement par le souvenir qui s'attache à tout portique maintenu seul debout d'un temple disparu, mais parce qu'il représente, dans son réalisme puissant, la scène de l'autopsie telle que nous la vivons chaque jour à l'hôpital. Le cadavre, vu de face, en raccourci, les pieds en avant, a l'abdomen ouvert et vidé de ses viscères; le thorax est intact, la peau du crâne a été incisée sur la ligne médiane depuis le milieu du front jusqu'à l'occiput; la boîte crânienne a été sciée selon la ligne ordinaire et la calotte repose sur le pôle de sa convexité, à côté du cadavre. L'opérateur, placé dans le fond du tableau, est en train d'enlever la faux du cerveau, après l'avoir désinsérée à l'une de ses extrémités, et l'on voit la membrane, rougie par le sang, se dégager peu à peu du sillon interhémisphérique.

Ce tableau parait dater d'hier; il aurait pu illustrer le récent traité des autopsies de M. Letulle.

A La Haye, nous avons fait de la clinique psychiatrique devant le Saül de Rembrandt.

La lecture de la Bible ne permet pas de poser sur la folie de Saül, d'autre diagnostic que celui de folie périodique. On peut en juger :

14. Or, l'esprit du Seigneur se retira de Saül; et il était agité du malin Esprit envoyé par le Seigneur.
15. Alors les officiers de Saül lui dirent : tu vois que le malin Esprit, envoyé de Dieu t'inquiète.
16. S'il plait à notre Seigneur, tes serviteurs qui sont auprès de ta personne chercheront un homme qui sache jouer de la harpe, afin qu'il en joue lorsque le malin Esprit envoyé par le Seigneur t'agitera, et que tu en reçoives du soulagement.
17. Saül dit donc à ses officiers : cherchez-moi quelqu'un qui sache bien jouer de la harpe, et amenez-le-moi...
21. David vint donc trouver Saül, et se présenta devant lui. Saül l'aima beaucoup et le fit son écuyer...
23. Ainsi toutes les fois que l'Esprit malin envoyé du Seigneur se saisissait de Saül, David prenait sa harpe, et en jouait; et Saül en était soulagé, et se trouvait mieux; car l'Esprit malin se retirait de lui. — *Les Rois*. Livre 1. Chap. XVI.

Rembrandt, à travers le Livre, a saisi la vie. Au lieu d'un Saül de convention, roi banal de légende sans relief et sans intérêt, comme celui de Lucas van Leyden, du musée d'Anvers, par exemple, il a peint la folie, dans la facture large de l'apogée de son génie qui savait rendre le tout des choses par la seule expression des « faits privilégiés », comme disait Bacon.

Coiffé d'un large turban, vêtu d'un manteau flottant, Saül est assis dans une attitude un peu figée, passive et comme affaissée, pendant que David joue de la harpe. Très amaigri, les pommettes

saillantes, le teint terreux, le front plissé, l'œil droit immobile et comme fixé dans le lointain, Saül penche un peu la tête pendant qu'il s'essuie l'œil gauche avec un pan de son manteau. Et l'on pense immédiatement à ces mélancoliques qui se tiennent à l'écart dans des attitudes de tristesse et dont les yeux, aux pupilles souvent dilatées, reflètent la douleur intérieure qui les accable.

Le Saül de Rembrandt est un mélancolique; ce diagnostic nous semble acceptable, autant du moins qu'il est possible d'après le seul examen d'une figure.

En terminant, voici, une dernière remarque. Elle porte sur l'extension des orteils et particulièrement du gros orteil de l'Enfant Jésus dans quelques Adorations des Mages. Cette scène, reproduite avec prédilection par les primitifs flamands, comme par les autres, est presque toujours traitée de la même façon; très souvent un des rois mages tient dans sa main la plante du pied de l'Enfant, et dans la plupart de ces cas, l'extension du gros orteil est très nettement dessinée. Nous en avons vu plusieurs exemples dans les musées de Belgique et de Hollande, nous en avons vu d'autres ailleurs, particulièrement dans un panneau sur bois d'un primitif espagnol de la cathédrale de Burgos. Certes, on connait la fréquence des mouvements spontanés d'extension des orteils chez les bébés; il était donc impossible que les primitifs ne les aient pas reproduits; néanmoins ce geste nous a paru digne d'être noté ici, aujourd'hui que tout le monde s'intéresse au signe de Babinski [1].

Bien à vous, M. LAIGNEL-LAVASTINE.

BIBLIOGRAPHIE.

XXV. *L'Année psychologique*, publiée par M. A. BINET. 1 vol. in-8° de 760 pages, 8e année (1902). Schleicher père et Cie, Paris.

Comme les années précédentes, cette intéressante publication comporte trois parties distinctes : la première partie, consacrée aux mémoires originaux, nous offre d'importantes communications signées Henri, Ch. Féré, Bourdon, Binet, etc.

La deuxième partie comporte de succintes analyses des principaux ouvrages français et étrangers parus sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, sur la psychologie proprement dite, tant animale qu'humaine, et sur la psychologie pathologique. Il nous suffira de dire que presque toutes ont été faites par

[1] Voir le programme détaillé de l'excursion en Hollande dans le numéro d'août des *Archives*.

M. A. Binet, pour en faire connaitre la valeur. La troisième partie est une table bibliographique où nous trouvons l'énumération de tous les travaux ayant trait à la psychologie, depuis les articles parus dans les périodiques, jusqu'aux mémoires présentés aux divers Congrès et aux ouvrages de longue haleine édités dans le monde entier.

Est-il besoin d'insister sur l'intérêt que présente cette publication qui permet de se tenir au courant des progrès constants de la science psychologique. J. B.

XXVI. *La théorie de l'émotion*; par W. James, traduit de l'anglais, précédé d'une introduction par le Dr G. Dumas. 1 vol. in-18, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, Paris, F. Alcan, 1903.

En nous présentant une traduction de ce que William James a écrit sur l'émotion, le Dr G. Dumas dans une introduction qui est un véritable exposé de la théorie émotionnelle du psychologue américain, tient à dissiper la confusion courante que l'on fait des idées de ce dernier avec celles du médecin danois Lange. Tous deux, il est vrai, ont surtout aperçu dans l'émotion le côté physiologique, mais tandis que Lange n'a pas vu ou voulu voir le sentiment spécial de plaisir ou de peine qui se surajoute aux sensations dont le complexus constitue l'émotion, James en reconnait l'existence tout en essayant de la concilier avec le caractère périphérique de l'émotion. A cette théorie s'oppose la théorie intellectualiste de Herbart et son école exposée avec netteté par l'autrichien Nahlosky, pour qui les changements organiques n'existent qu'à l'état de réflexes.

Pour W. James, les causes générales des émotions sont essentiellement physiologiques. L'émotion suit l'expression physique et n'est constituée que par la perception des changements qui se produisent en nous. Que ces changements disparaissent et l'émotion s'évanouit. Le psychologue américain reconnaît l'impossibilité de soumettre sa théorie à une épreuve expérimentale, mais il répond victorieusement aux objections qu'on pourrait lui opposer.

Le Dr Dumas ne discute pas l'opinion de James, il s'est simplement borné à publier une traduction scrupuleuse de tout ce qui avait été écrit par lui sur cette question; là est le mérite du livre, il permet, en effet, de comprendre une théorie, qui paraît d'abord paradoxale et qu'on finit par accepter, en attendant mieux.

J. Boyer.

VARIA.

Laïcisation de la Maison nationale de Charenton

Cette réforme aurait dû être réalisée en même temps que la laïcisation des établissements nationaux de Vincennes, du Vésinet, des Jeunes Aveugles et des Sourds-Muets, c'est-à-dire en 1888. Malheureusement sur les conseils fâcheux et non motivés, et malgré notre insistance, Floquet prit un arrêté, à longue date, sur le fâcheux conseil de Napias, fixant la laïcisation de la Maison de Charenton en juillet 1889. Or, à la fin de janvier 1889, Floquet était renversé et Constant, sur l'intervention de la présidence, ne donna pas suite à la mesure projetée. M. Combes a décidé que les religieuses s'en iraient le 30 septembre. Le personnel laïque est prêt.

Inspecteurs des établissements d'aliénés de la Seine

I. — *Asiles publics.*

Médecins-inspecteurs.	Dr Ritti.	Asile clinique (Sainte-Anne). » de Villejuif.
	Dr Richardière.	» de Ville-Evrard. » de Maison-Blanche. Hospice de la Salpêtrière.
	Dr Bérillon.	Asile de Vaucluse. Hospice de Bicêtre. Maison nationale de Charenton.

Médecin-inspecteur adjoint : Dr Dupré.

II. — *Asiles privés.*

Médecins-inspecteurs.	Dr Vallon. Dr Briand.
Médecins-inspecteurs adjoints. . .	Dr Sérieux. Dr Berbez. Dr Antheaume. Dr Dufour.

III. — *Maisons de santé.*

Médecin-inspecteur : Dr Macaigne.

L'Alcoolisme.

Accès de delirium tremens. — Ce matin, 9 juillet, à la caserne Debilly, l'adjudant Thoron, du 161e, en grande tenue, ganté de

blanc, s'est tiré un coup de revolver dans la tempe droite, la balle est sortie par le sommet de la tête. L'adjudant Thoron était originaire de Bretagne, il avait trente-cinq ans. Depuis quelque années, il s'adonnait à l'absinthe et on croit que c'est dans un accès de delirium tremens qu'il s'est donné la mort. (*Le Progrès de Lyon*, 10 juillet 1903).

FAITS DIVERS.

Enfant parricide. — A. Doyen, treize ans, de Bruay, près Valenciennes, a tué ou contribué à tuer son père qui, rentré ivre, cherchait dispute à sa mère.

L'Esprit des autres. — « En France, quand on s'engage dans une voie inexplorée, serait-elle la plus avantageuse de toutes, il est long et malaisé de se faire suivre. » (Hamonic, *Rev. Clin. d'Androl. et de gynécologie*, 1903, page 226). — « Non seulement les gens timides n'aiment point à rougir, mais encore ils ont peur de faire rougir les autres » (Alex. Dumas, *Les Louves de Machecoul*, t. II, p. 236).

La guerre a l'alcoolisme. — Un pharmacien de Blaye, M. Capmartin, éprouvant le désir de lutter contre les progrès de l'alcoolisme, a pensé que la carte postale illustrée serait un merveilleux moyen de propagande pour ses salutaires idées.

Il a donc demandé aux « artistes » de lui fournir des illustrations pour de justes devises telles que : « L'absinthe est de l'épilepsie en bouteille » ; « sur cent phtisiques, on compte soixante et onze alcooliques ». Un seul artiste répondit à son appel, un modeste professeur de dessin. Cinq cent mille cartes postales furent tirées : un mille seulement se vendit au prix modique de cinq francs le cent. Malgré cet échec, M. Capmartin ne renonce pas à son projet. Il voudrait que l'Assistance publique s'y employât. Il la supplie d'organiser, entre les artistes notoires, un concours sérieux avec primes et de répandre à profusion les cartes postales ainsi obtenues. Il paraît qu'en Belgique plusieurs sociétés de tempérance ont eu recours à ce stratagème et qu'il a donné des résultats appréciables. (*Le Français*, 29 août 1903.)

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 8-1903.

Vol. XVI. **Novembre 1903.** **N° 95.**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

THÉRAPEUTIQUE.

Un cas de guérison complète de cécité (*hémianopsie*)

Par S. TCHIRIEV

Au commencement du mois de novembre de l'année dernière, je fus invité chez le malade A. D., âgé de vingt-deux ans, étudiant de l'école polytechnique Empereur Alexandre II, à Kiev. Le jeune homme est le second fils de la famille; il est d'une taille extraordinairement grande (192 ctm.), plus grande que celle de ses parents mais en même temps d'une constitution parfaitement proportionnelle.

Anamnesis. — J'appris du malade et de ses parents qu'en été 1895 le patient en faisant une course sur le vélocipède fit une chute et reçut un choc sur la tête choc — si violent, qu'il en perdit connaissance, et qu'on fut obligé durant plusieurs jours de lui appliquer de la glace sur la tête. Jusqu'alors il avait été un des premiers élèves, et l'étude lui était très facile. Dès l'automne 1895, quand il se trouva dans la cinquième classe, il n'étudia plus aussi bien qu'auparavant, devint apathique et ne vit pas bien de temps en temps. Dès lors, il souffrit, en outre, quelquefois des douleurs à la tête, qui se concentraient principalement dans la partie postérieure; cela arrivait le plus souvent à la suite des lectures sérieuses, demandant des efforts intellectuels. En novembre 1901, il remarqua un affaiblissement évident de la vue, ce qui l'oppressa vivement. Mais cet affaiblissement ne fut pas de longue durée. En juin 1902, un jour qu'il se mirait, il découvrit à son grand étonnement, qu'il n'apercevait pas l'image complète de sa personne et depuis il constata un affaiblissement graduel de la vue.

Au commencement du mois de septembre 1902, le patient consulta un spécialiste pour les maladies des yeux; celui-ci déclara qu'il n'avait aucun remède contre l'affaiblissement de la vue en question, voulant probablement signifier par là l'origine centrale du mal. Plus tard, au mois de septembre de la même année, le ma-

lade fut exploré par un autre spécialiste, qui trouva les symptômes de *amblyopia nicotiana*, défendit au malade l'usage du tabac et lui conseilla le mouvement en plein air. Il lui prescrit en outre l'électrisation et des injections sous-cutanées de strychnine.

Vers le 18 octobre de la même année, le médecin du malade in-

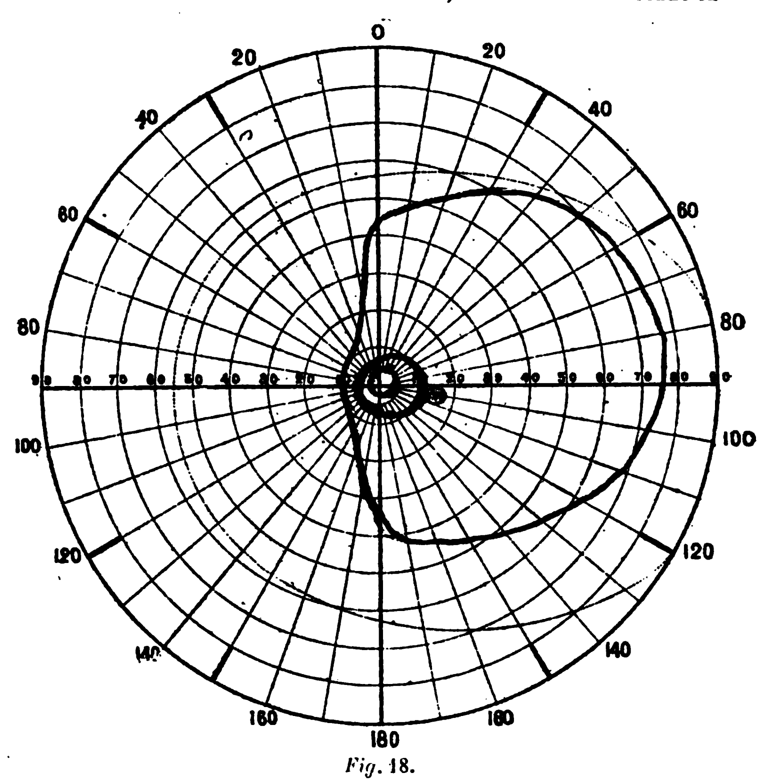


Fig. 18.

vita un neuropathologue, et tous les deux tombèrent d'accord qu'ils avaient en ce cas affaire à *l'acromegalie* et que l'affaiblissement de la vue était la suite de cette maladie. Ils prescrivirent la franklinisation de la tête et des yeux et Natrium Iodatum en dedans. Sous l'influence de ce traitement l'état du malade ne s'améliora pas, bien au contraire, l'affaiblissement de la vue s'augmenta encore.

A la fin d'octobre on réunit un consilium, auquel prirent part plusieurs spécialistes, entre autres le docteur *J.-H. Hene*. Le

docteur *J.-H. Hene* fut d'avis que la cause de l'affaiblissement de la vue était d'origine centrale, attendu que l'ophtalmoscopie des deux yeux donna un résultat purement négatif, de même que l'investigation des milieux transparents de l'œil. Les autres membres du consilium admirent en ce cas l'acromegalie et comme dans

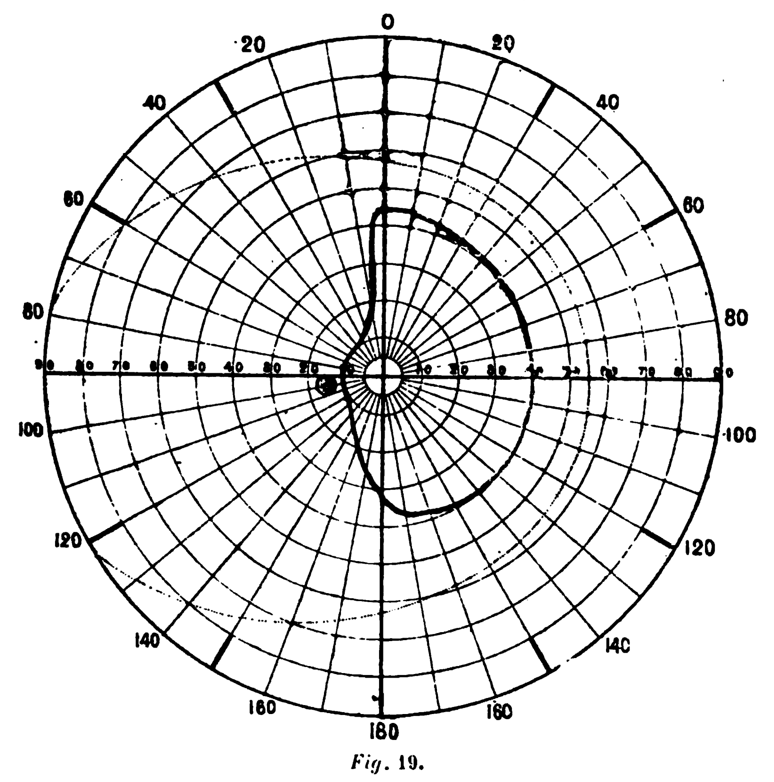


Fig. 19.

cette forme du dérangement de la nutrition du cerveau l'hypophisis cerebri s'augmente, ils furent d'avis que le dépérissement de la vue pouvait dépendre de l'hypophisis augmenté. A la suite de quoi furent prescrits les injections sous-cutanées de strychnine dans la face et en dedans les préparates d'iode et l'extract d'hypophisis cerebri!. Encore la célèbre organothérapie ! [1]

[1] Professeur S. Tchiriev, *Sur le traitement de morbus Basedowii, Archives russes de pathologie*, etc., de M. le Professeur V. Podwyssotsky, t. V, 1898 (russe).

Cependant l'affaiblissement de la vue s'augmentait toujours, le champ visuel des deux yeux, celui de l'œil gauche surtout, se rétrécissait de plus en plus; il s'y joignit de violentes douleurs à la tête qui furent accompagnées de douleurs fulgurantes dans l'œil gauche. Attendre encore était impossible, le præparat d'hypophisis ce-

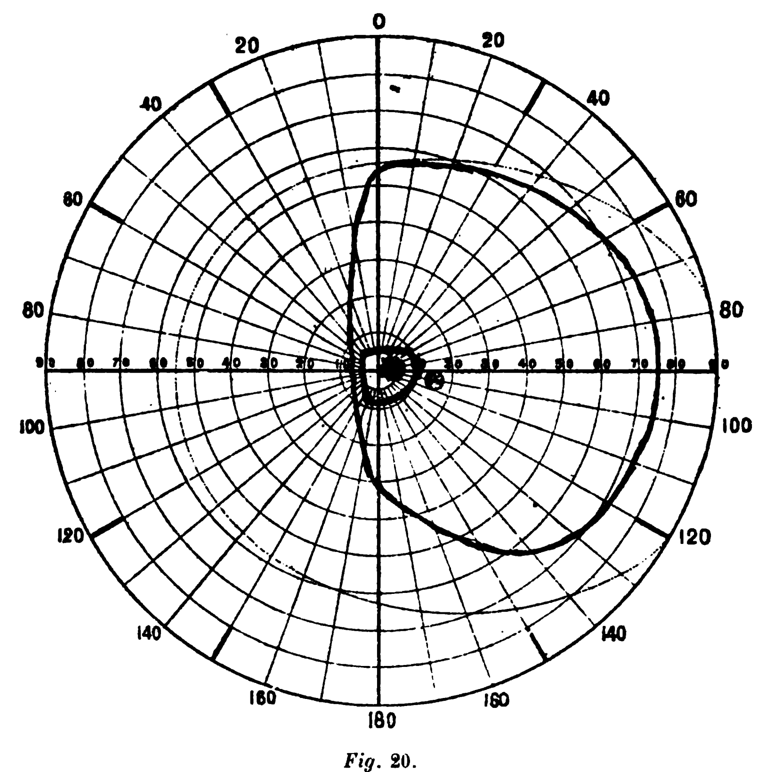


Fig. 20.

rebri ne pouvait être obtenu nulle part dans la ville, les parents s'adressèrent à moi.

Status praesens. — Le patient, comme je l'ai déjà dit, est de très grande taille; il ne peut se tenir debout un temps tant soit peu considérable les yeux fermés comme les yeux ouverts, les jambes se joignent; il ne peut non plus rester debout sur le pied droit seul; la coordination du mouvement est normale. Le réflexe pharyngien est normal, les réflexes rotuliens sont très affaiblis, presque com-

plètement abolis. Les sensibilités cutanée et sensorielle ne sont pas altérées.

L'exploration que le docteur *J.-H. Hene* avait faite le 15 novembre 1902, à l'aide du périmètre de main, présente le tableau suivant: (*Fig.* 18, *dex.* et *sin.*) Dans l'œil droit on n'a obtenu qu'une partie

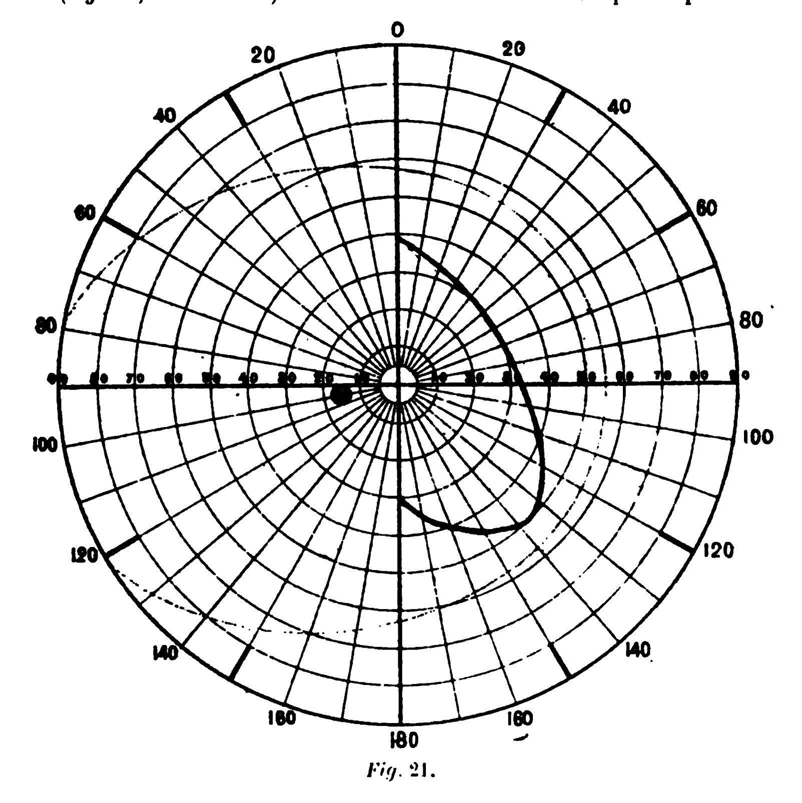


Fig. 21.

du champ visuel. Au diamètre vertical du champ visuel la vue périphérique vers le haut s'étend jusqu'a 45°, vers le bas — jusqu'à 40°, au diamètre horizontal vers le dehors — jusqu'à 75°, vers le dedans — jusqu'à 10°. La perception de la couleur rouge s'étend au diamètre horizontal vers le dedans jusqu'à 5°, au diamètre vertical vers le haut et vers le bas jusqu'à 75° et au diamétre horizontal vers le dehors jusqu'à 10°. La perception de la couleur verte s'étend dans toutes les directions jusqu'à environ 5°. Avec l'œil droit le patient déchiffre le 14 des tables de Jäger. La vue périsphérique de l'œil

gauche est encore plus rétrécie, précisément vers le haut elle s'étend jusqu'à 44°, vers le bas jusqu'à 35°, vers le dehors jusqu'à 10°, vers le dedans jusqu'à 40°. Le patient ne distingue les couleurs qu'au centre du champ visuel et quant à l'intensité de la vue il peut reconnaître seulement le mouvement des doigts tout près ;

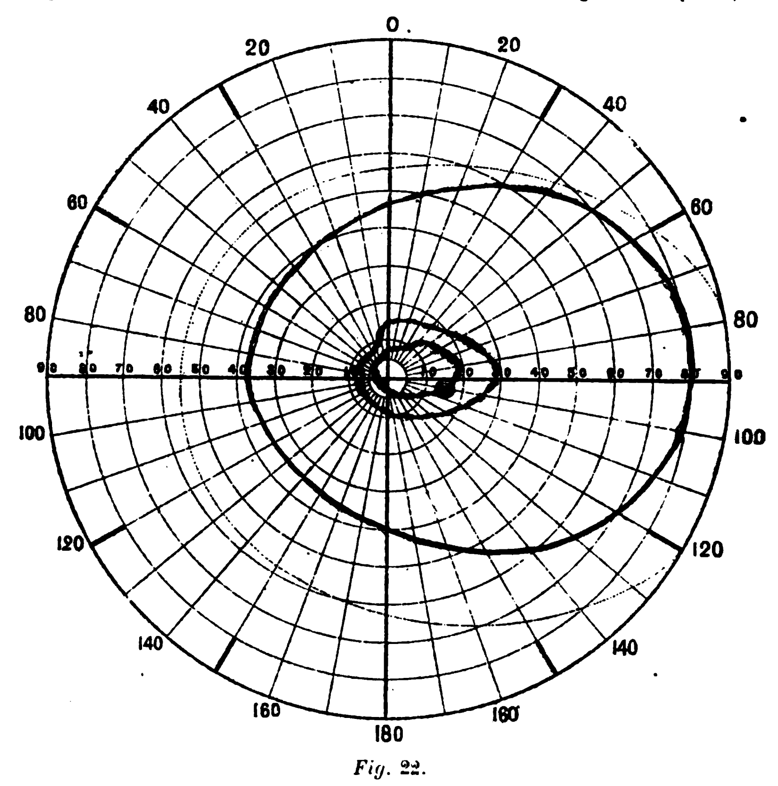


Fig. 22.

l'ophtalmoscopie des deux yeux ne découvrit aucunes modifications sensibles, on constata seulement une faible lueur blanchâtre des parties extérieures des deux papilles nervi optici. Les yeux ont leur mobilité normale, la pupille droite est plus grande que la gauche, et les deux pupilles réagissent très faiblement sur la lumière.

Le pli nasolabial droit est moins profond que le gauche. Le malade souffre ordinairement de constipation, la langue est chargée, l'urine a la réaction presque neutrale et est un peu trouble. Il y a

des jours, où le patient ne peut point uriner le matin et ressent en ce moment des douleurs aiguës dans la vessie pleine. Le malade ne souffre pas de syphilis : ni héréditaire, ni acquise.

La semaine précédente le malade avait eu de violentes douleurs à la tête, surtout dans la partie postérieure, qui étaient accompa-

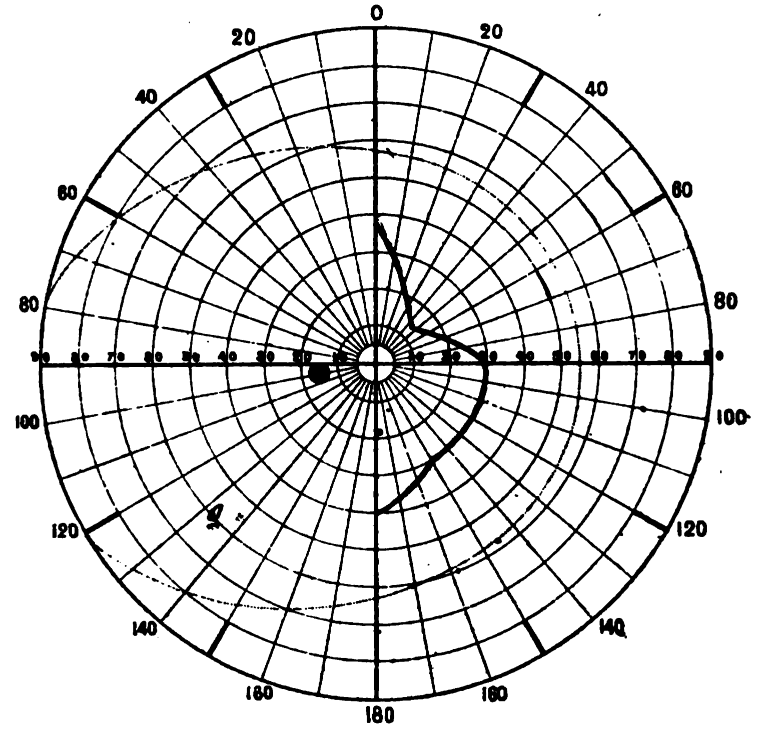


Fig. 23.

gnées des douleurs fulgurantes à l'œil gauche. Quelquefois le patient avait des paresthésies dans la nuque, à la surface postérieure du cou et dans les mains (la sensation des fourmis).

Diagnostic. — Le malade souffrait-il réellement de l'acromégalie (maladie de Marie) ou bien avons-nous ici affaire à une simple croissance extraordinairement vigoureuse? Comme nous l'avions mentionné plus haut, il était en vérité extraordinairement grand de taille (192 ctm.), il surpassait la taille de son père de la moitié

de la tête ; en même temps il avait une constitution tout à fait normale ; ses mains et ses pieds surtout pouvaient prétendre à la beauté pour la blancheur et la délicatesse de la peau. La croissance du jeune homme était normale, elle ne se faisait pas par saccades. Contre l'existence de l'acromégalie témoignait l'absence de tout

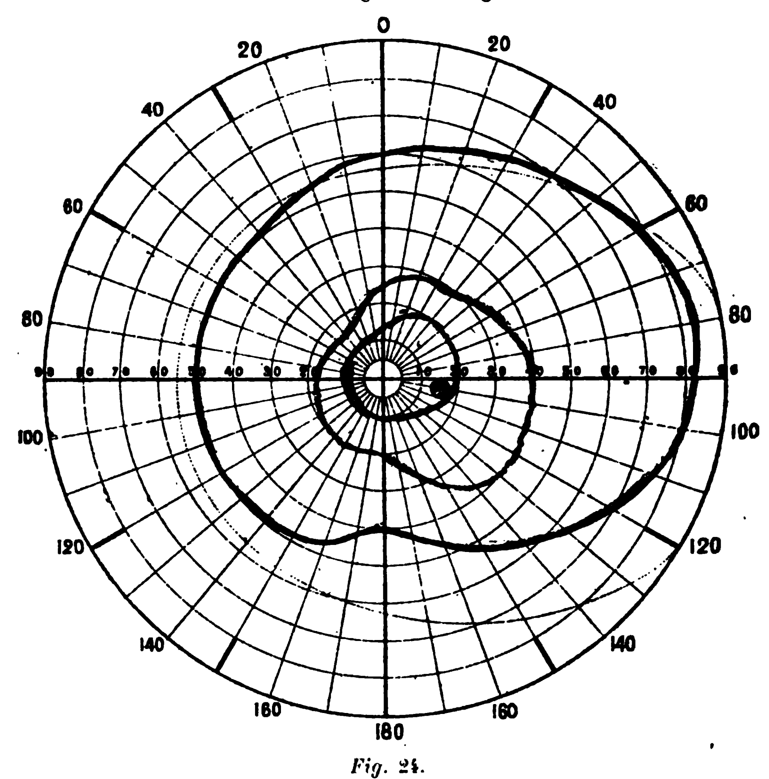


Fig. 24.

symptôme de cette maladie. Le squelette des mains et des pieds était proportionnellement développé : la forme de la main ne pouvait aucunement être désignée comme « battoir » aux doigts cylindriques ; la peau des doigts était mince, délicate, pas foncée, plutôt pâle ; les pieds étaient parfaitement normaux, bien développés et non plats ; la tête et ses organes : les paupières, la langue, les tonsilles, le palais, ne manifestent non plus aucunes modifications caractéristiques de l'acromégalie. Le prognatisme des mâchoires n'est pas saillant, on ne voit pas non plus de déviation de la co-

lonne vertébrale, ni d'épaississement des extrémités des os. Le tableau ophtalmoscopique des papilles et rétinien est complètement normal, et nous n'avons pas le moindre indice de neuroretinitis. Par conséquent, hors la croissance extraordinairement vigoureuse, le patient ne présente aucunes lésions ou anormalités typiques pour

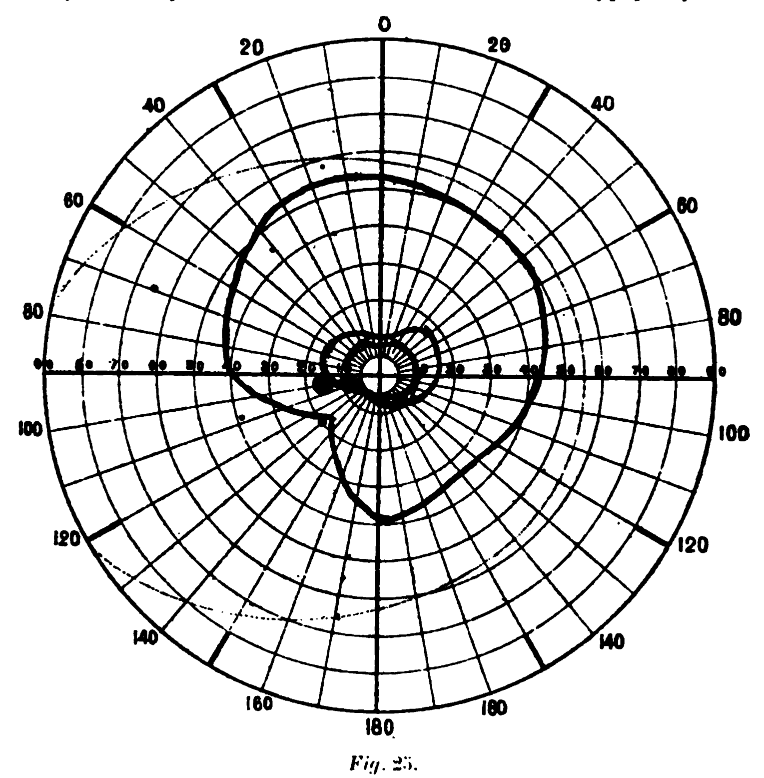


Fig. 25.

l'acromégalie. Résumé : le malade souffrait de l'affaiblissement de la vue, de la perception aux couleurs et de l'acuité visuelle, jusqu'à un anéantissement presque complet de ses facultés dans l'œil gauche, sans modification sensible du fond de l'œil et des milieux réfracteurs. Donc nous avons ici, parait-il, affaire à l'affaiblissement de la vue dans les deux yeux sous forme de hémianopsie sinistra qui, progressant peu à peu, s'étendit sur la moitié droite des champs visuels. Dernièrement, aux symptômes indiqués se joignirent des douleurs opiniâtres à la tête, surtout dans la par-

tie postérieure; accompagnées de douleurs fulgurantes à l'œil gauche, de fourmillements dans la nuque, le dos et les mains, l'impossibilité de se tenir debout pendant un espace de temps de très courte durée, le sentiment de faiblesse surtout dans le côté droit du corps, joint à l'absence des réflexes rotuliens.

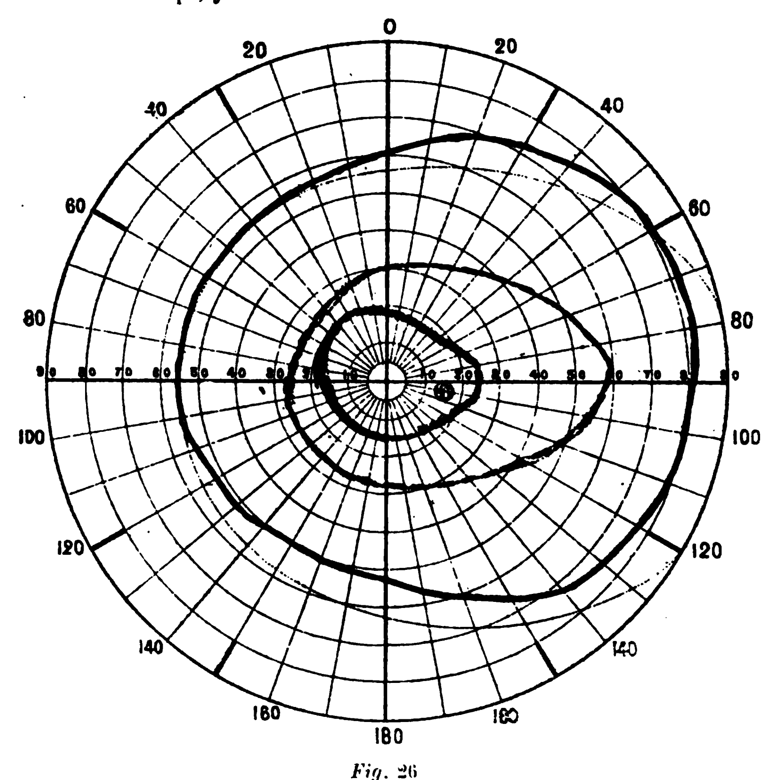


Fig. 26

Mon opinion était la suivante : la contusion de la partie postérieure de la tête et du crâne à la suite du choc violent, jointe à la perte de connaissance, avait provoqué chez le malade il y a quelques années le pachymeningitis hemoragica interna dans les régions mentionnées du côté droit. Il en resta, quoique l'épanchement du sang fût résorbé, des cicatrices entre les dura et pia matres. Ces cicatrices nous révèlent la cause des douleurs à la tête, qui se manifestaient de temps en temps après le travail intellectuel intensif et de longue durée. En outre, le malade après sa chute devint apa-

thique, les études le fatiguaient bientôt et l'acuité visuelle de l'œil gauche diminuait de plus en plus.

L'été dernier, sans doute à la suite de la fatigue des yeux, causée par les travaux pratiques à l'institut polytechnique, il se développa chez le malade dans la partie occipitale de l'hémispère droit

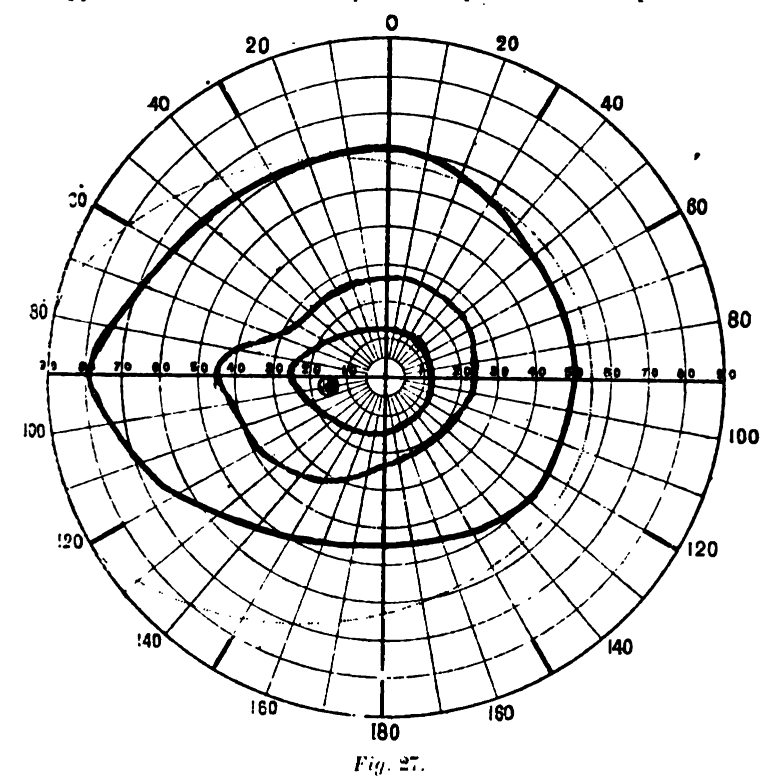


Fig. 27.

du grand cerveau une tumeur bénigne (glioma!) qui en croissant en large et en dedans exerçait une pression sur la partie occipitale gauche du grand cerveau. A la suite de cette pression se développa peu à peu l'affaiblissement de la vue sous forme d'hémianopsie sinistra, qui plus tard s'étendit sur la partie droite. Je ne trouvai chez mon patient qu'une partie du champ visuel périphérique dans chaque œil avec une diminution considérable de la perception des couleurs et de l'acuité visuelle — surtout dans l'œil gauche.

Cette tumeur gagna peu à peu la surface extérieure de la partie

occipitale de l'hémisphère droit du grand cerveau, l'endroit où se trouvait l'ancienne cicatrice de pia et dutra matres. C'est pourquoi le patient qui, auparavant, ne souffrait pas de douleurs constantes à la tête, en ressentit de violentes maintenant; il se manifesta des douleurs perçantes, aiguës, à l'œil gauche et, en plus, des fourmil-

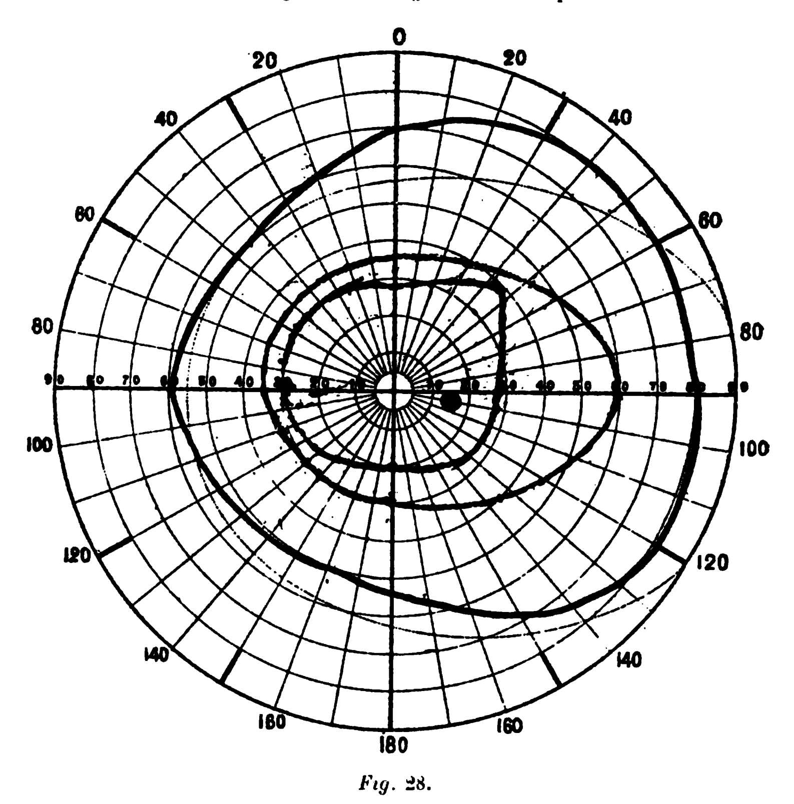


Fig. 28.

lements dans la nuque, le dos, les mains. L'absence de toute paralysie de mouvement et de tout affailissement de sensibilité, de même que le résultat entièrement négatif, obtenu à l'ophtalmospie des deux yeux, confirma encore notre opinion. Les mouvements affaiblis du côté droit du corps et l'absence des réflexes rotuliens (si toutefois ce dernier phénomène n'est pas une propriété individuelle du malade) peuvent être expliqués par la pression sur la moitié droite du cervelet et sur la moelle épinière. Par conséquent

nous avons établi le diagnostic suivant : Tumor partis occipitalis hemispheræ dextræ cerebri.

Quelle sorte de tumeur est-ce ? La supposition la plus vraisemblable est, que c'est une tumeur bénigne (glioma ?). Contre le caractère malin de la tumeur témoigne l'anemnèse ; contre le caractère

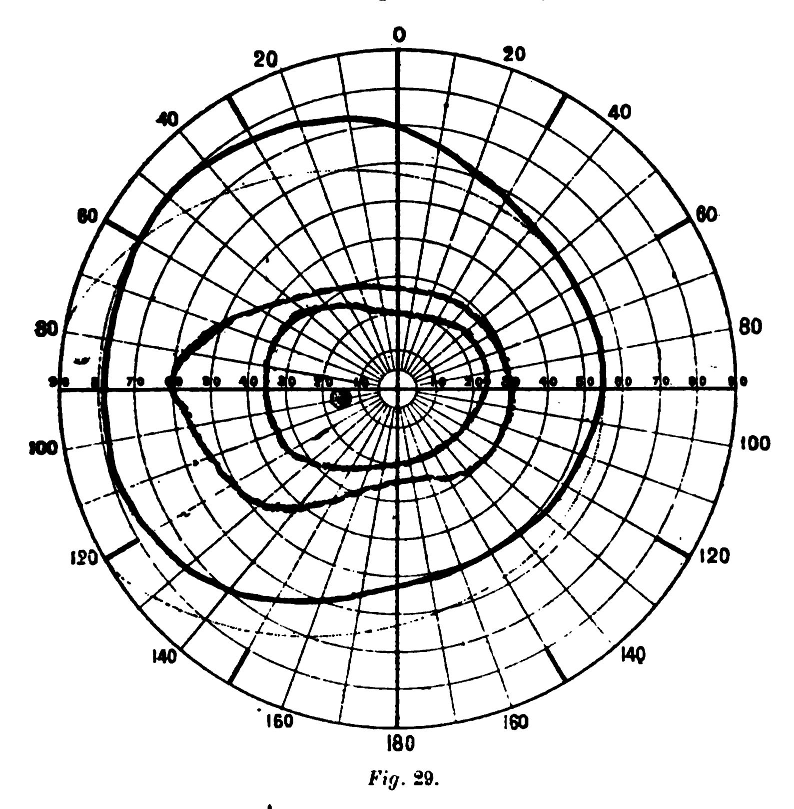


Fig. 29.

tuberculeux témoigne d'une manière incontestable le système des vaisseaux lymphatiques : il ne manifeste aucunes enflures des glandes lymphatiques — de celles du cou en particulier.

Thérapeutique. — En me fondant sur mon diagnostic de Neoplasma du cerveau, je conseillai à mon patient, comme je le fais dans tous les cas analogues, de même que dans les cas de pression d'un méningite exudative sur les moteurs oculaires (chez les enfants),

d'user sur le champ de remèdes absorbants très forts. Dans ce but je lui ordonnai des frictions mercurielles et des bains chauds.

Cette ordonnance troubla d'abord les parents du patient, à cause certainement de la mauvaise renommée dont le mercure jouit en public. Incontestablement, cette méfiance du public est fondée sur

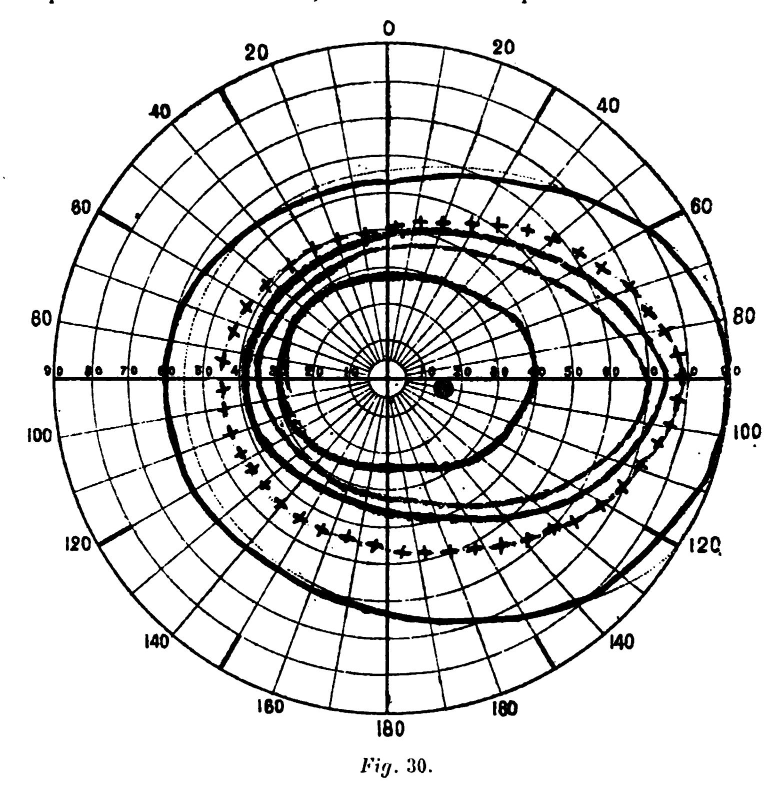


Fig. 30.

l'opinion des médecins qui regardent la friction mercurielle comme nuisible à l'organisme. On cite ordinairement divers cas de stomatite et d'autres faits pareils, malgré les preuves évidentes que ces faits avaient été la suite de l'emploi incorect du mercure et de l'emploi simultané de préparations d'iode en dedans ordonné par messieurs les syphilidologues eux-mêmes [1].

[1] Professeur S. Tchiriev, *Sur le traitement de la syphilis en général et sur celui de Tabes. postsyphilitica en particulier*. Notes cliniques de la

Enfin, les malheureux parents se décidèrent à faire usage des médicaments absorbants très énergiques, que je leur recommandai, d'autant plus que le parti opposé, après avoir essayé de tous les moyens, hors l'extractum d'hypophisis cerebri (!), déclara un prognosis pessima.

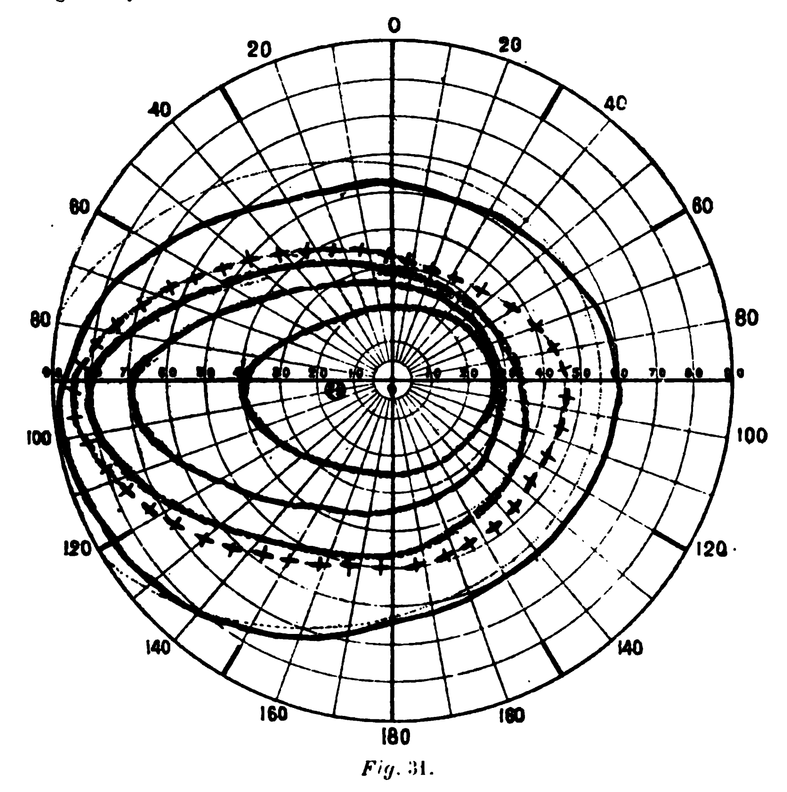


Fig. 31.

J'ai commencé par essayer de régler l'activité des intestins au moyen de petits clystères de glycérine et de solution de chlorure de sodium et au moyen de pilules de podophylin; plus tard, il se manifesta que le malade souffrait à la suite d'une constipation chronique, d'une forte dilatation de rectum et s. romanum (qui occasionnait souvent le matin une impossibilité complète d'uriner). A

section des maladies nerveuses à l'hôpital militaire de Kief. (*Arch. de Neurologie*, 1900, n° 5.)

la suite de cela l'emploi de différents sels minéraux d'un haut équivalent endosmotique et le massage de rectum et du ventre furent reconnus pour des moyens plus efficaces.

Mon ordonnance des remèdes absorbants fut la suivante : le malade eut tous les jours des bains de 35°-36° C (20-30 minutes) et, une

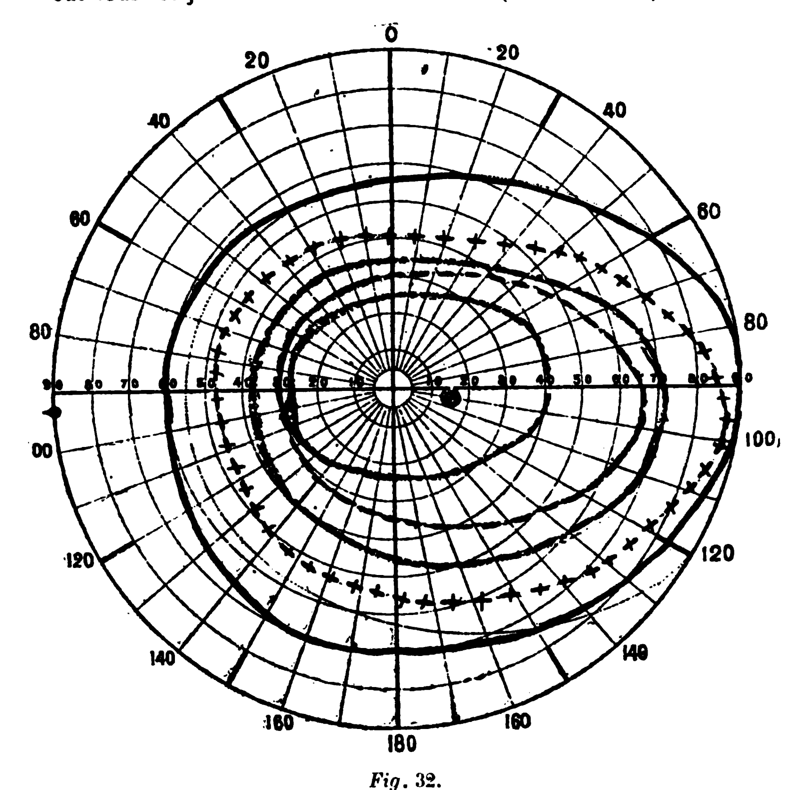


Fig. 32.

heure ou une demi-heure après les bains, des frictions mercurielles sous forme de savon au mercure d'Aix-la-Chapelle, 6 grammes dans le dos et les côtés. Les dents étaient nettoyées avec une brosse à dents, la bouche était gargarisée 7-8 fois par jour avec une solution saturée de chlorate de potasse.

Les frictions s'opérèrent 6 jours de suite et le septième jour fut un jour de repos.

Les frictions étaient faites par un aide-chirurgien expérimenté.

De temps en temps on faisait des analyses de l'urine, qui démontrèrent que le mercure était effectivement absorbé.

Durant un mois entier de cette cure mercurielle il ne se manifesta aucun symptôme de stomatite ; seulement à la fin de la cure je constatai une faible enflure des gencives.

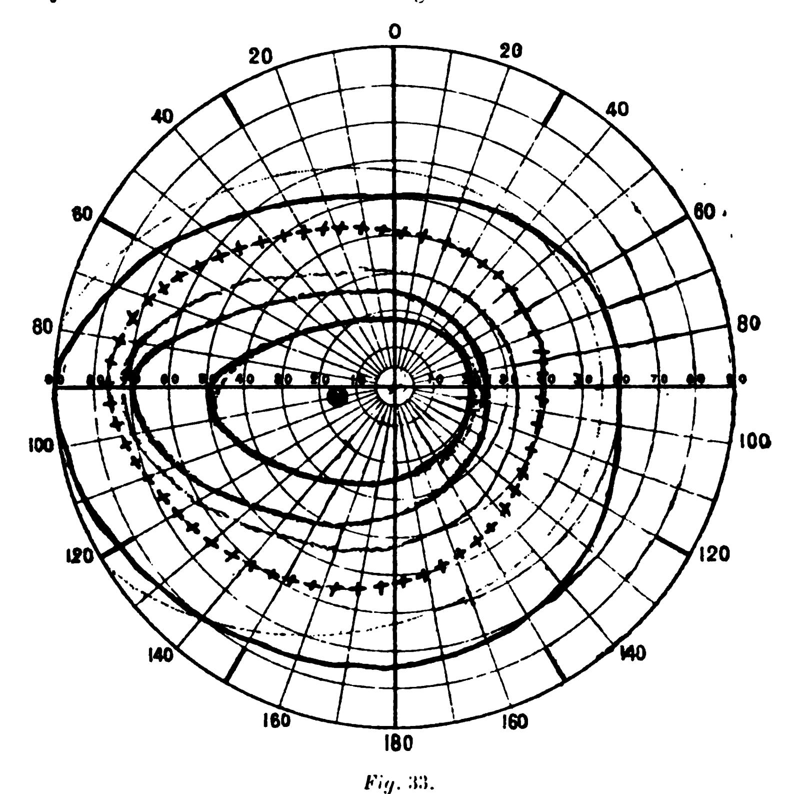


Fig. 33.

Les frictions ne commencèrent que le 20 novembre et durèrent jusqu'au 30 décembre avec des intervalles de vingt-quatre heures tous les six jours au commencement et tous les trois jours ensuite. En tout, on opéra vingt-six frictions. Durant la cure, le malade prit des préparates de brome le soir et pendant les repas du vin blanc mêlé de Levico.

Le 23 novembre eut lieu l'exploration du malade par le docteur *J.-H. Hene* avec le périmètre de main. (*Fig.* 20 et 21, *dex.* et *sin.*) qui

donna le tableau suivant. L'étendue du champ visuel périphérique de l'œil gauche s'était encore plus rétrécie, celui de l'œil droit s'était un peu augmentée. La perception des couleurs de l'œil droit avait diminué un peu ; la perception de la couleur verte pouvait être constatée seulement au centre du champ visuel droit. De l'œil gauche le malade ne distinguait que les mouvements des doigts et encore les doigts devaient-ils être rapprochés de l'œil le plus possible ; avec l'œil droit il ne déchiffrait que le 14 des tables de Jäger. Cependant immédiatement après la deuxième friction les douleurs à la tête et à l'œil gauche disparurent complètement et l'appétit comme le sommeil aussi s'améliorèrent.

Le 30 novembre on usa encore du périmètre (*Fig.* 22 et 23 *dex.* et *sin.*) et le docteur *J.-H. Hene* me félicita des résultats obtenus. Quoique le périmétrogramme de l'œil gauche eût encore diminué, mais dans le cadran du dehors et celui d'en bas du champ fut remarqué de temps en temps un point impressionnable *o* (environ au point d'intersection du diamètre 140 et de la circonférence 55°). Avec l'œil gauche le patient pouvait déjà compter les doigts à une distance plus grande. Dans l'œil droit s'était opérée une augmentation visible de la périphérie du champ visuel et de la perception des couleurs. Le malade comptait les doigts à la distance de 5,75 m. et déchiffrait le 8 des tables de Jäger.

Plus tard les périmétrogrammes du 7 décembre constatèrent (*Fig.* 24 et 25, *dex.* et *sin.*) : Dans l'œil gauche l'étendue du champ visuel périphérique s'était augmentée, de même que la perception des couleurs. Le patient comptait déjà les doigts avec l'œil gauche aussi à la distance de 5,75 m. et pouvait déjà déchiffrer le 8 des tables de Jäger. Dans l'œil droit tous les périmétrogrammes, celui du champ visuel simple et celui de la perception des couleurs s'étaient agrandies et le malade pouvait déchiffrer le 1 des tables de Jäger.

Le 13 et le 21 novembre on rédigea encore des périmétrogrammes (*Fig.* 26, 27, 28 et 29, *dex.* et *sin.*) qui constatèrent l'amélioration successive de la vue. Le patient pouvait déjà déchiffrer avec l'un et l'autre œil le 1 de tables de Jäger. Il se manifesta au surplus vers ce temps des réflexes rotuliens jusqu'alors fort affaiblis. Le 28 décembre 1902 et le 4 janvier 1903, j'ai rédigé moi-même deux périmétrogrammes (*Fig.* 30, 31, 32, et 33, *dex.* et *sin.*) à l'aide du grand périmètre *Priestley Smith.* Ce périmètre est fabriqué par le mécanicien *Jung* à *Heidelberg* et se trouve dans le Laboratoire de Physiologie de l'Université St. Wladimir à Kiev. Ce périmètre démontra l'étendue périphérique de la perception des couleurs : rouge, vert, jaune et bleu. Comme on voit d'après les *fig.* 30 à 33, insérés plus haut, la vue périphérique et la perception des couleurs sont rétablies complètement dans l'œil droit, mais dans l'œil gauche la perception des couleurs et la vue périphérique sont un peu bornées en haut et l'acuité visuelle est restée un peu affaiblie.

Donc le malade peut aujourd'hui voir tout à fait bien, il est devenu plus fort et tous les symptômes de maladie ont disparu.

Durant tout le mois de janvier le malade prit des bains chauds. Au mois de février et au commencement de mars le patient prenait une ou deux fois par jour du Iodipinum (25 p. 100), un gramme dans une capsule gélatineuse, pour provoquer l'évacuation complète du mercure.

Kiev, Mars, 1903.

ASILE D'ALIÉNÉS.

Installation d'un pavillon d'isolement des aliénés tuberculeux à l'asile d'Armentières [1];

Par MM. les Drs E. CHARDON, directeur-médecin en chef, et G. RAVIART, médecin-adjoint.

La nécessité d'isoler les tuberculeux dans les asiles d'aliénés est admise depuis longtemps. Elle a fait l'objet de circulaires ministérielles récentes, et lors du Congrès de 1900, M. le Dr Marie (de Villejuif), qui avait traité cette question, proposa au Congrès d'émettre le vœu qu'il soit procédé à l'isolement et au traitement des aliénés tuberculeux dans les asiles, en « pavillons spéciaux » pour un asile, ou en « sanatoria » affectés à plusieurs établissements. Vœu qui fut adopté.

La très grande fréquence de la tuberculose pulmonaire dans le nord de la France et à Lille en particulier où elle est la cause du quart des décès, fait qu'à l'asile d'Armentières le nombre des malades qui en sont atteints est considérable. C'est ainsi que l'an dernier, par exemple, 20 pour 100 des malades décédés étaient tuberculeux. Aussi, depuis bientôt deux ans, cette question avait été l'objet de tous les soins de l'administration. On avait placé des crachoirs dans tous les quartiers et apposé des écriteaux portant la mention : « Défense de cracher à terre. » Ces mesures, nous devons le dire, avaient donné d'assez bons résultats pour que nous

[1] Communication faite le 7 août au Congrès de Bruxelles 1903.

puissions nous féliciter, dans le rapport annuel de 1902, de l'amélioration obtenue. Néanmoins, nous n'avons pas cru devoir nous en tenir là. Le Dr Chardon, en prenant en mai la direction de l'asile, décida — conformément à la dernière partie de la circulaire ministérielle du 16 juin 1901, transmise par M. le Préfet — de tenter « l'isolement » des malades atteints de tuberculose, seule mesure efficace pour enrayer la marche croissante de cette terrible affection, en attendant la création de sanatoria spéciaux de plus en plus nécessaires.

Certes, ce n'est pas sans la notion bien nette des difficultés qui nous attendaient, que nous avons entrepris cette tâche, et au moment même où l'idée nous en était venue, mille objections se présentaient à notre esprit.

Comment arriver à grouper dans un même quartier des malades aussi divers? Comment décider un certain nombre d'entre eux? Et une fois groupés, comment les y maintenir? La nécessité de pratiquer cet isolement, nous parut si pressante, que, malgré tout, nous avons essayé.

L'asile autonome des aliénés d'Armentières, de construction relativement récente, présente l'immense avantage d'être composé de quinze pavillons nettement séparés. Cette disposition favorisait au plus haut point notre projet, puisqu'elle nous permettait de consacrer un pavillon, deux s'il le fallait, aux malades que nous avions l'intention d'isoler. Nous avons *choisi* le quartier qui nous semblait avoir la situation la plus favorable. Tout proche de l'infirmerie, ce qui est dans tous les cas un avantage, il est orienté d'une façon fort satisfaisante et composé d'un rez-de-chaussée et d'un étage. Il comprend, en bas, à droite du couloir central, un dortoir de quatorze lits, destiné aux tuberculeux alités; à gauche de ce couloir un vaste réfectoire. Au premier étage, existent deux dortoirs de seize lits, destinés. l'un aux malades tranquilles, l'autre aux malades plus turbulents. Enfin, deux chambres existent à l'extrémité de chaque dortoir; ce qui nous donne trois chambres d'isolement et trois chambres de gardiens. Toutes ces salles sont convenablement éclairées et leur aération se fait facilement la nuit, grâce à de nombreux carreaux mobiles situés en haut de chaque fenêtre. Le cubage de chacune des pièces assure 28 à 30 mètres cubes d'air par malade. Le mobilier très simple est facilement aseptisable. Enfin,

les malades ont à leur disposition une vaste cour de 45 mètres de longueur sur 42 de largeur, plantée d'arbres, ornée de parterres de fleurs, ensoleillée presque toute la journée, orientée vers le midi et attenant au potager de l'établissement, au delà duquel se trouve la pleine campagne.

Tel est le milieu dans lequel nous avons placé nos malades. Les premiers, nous conviendrons qu'il est imparfait; mais ne fallait-il pas commencer avec l'outil dont nous disposions?

Nous avons l'intention d'annexer à notre pavillon, une vaste galerie vitrée, exposée au soleil, où les malades pourront se reposer et séjourner l'hiver; puis une série de chambres d'isolement spécialement aménagées de façon à recevoir le cas échéant nos tuberculeux agités. Enfin, chemin faisant, nous apporterons les modifications qui nous sembleront nécessaires.

Notre quartier choisi, nous l'avons soigneusement *mis en état*. Les murs ont été peints à l'huile de façon à pouvoir être lavés; les parquets vont être paraffinés incessamment. Nous avons procédé au *groupement* de nos malades. Ce n'était pas la partie la plus commode. La liste de nos tuberculeux fut assez facile à dresser. Nous avions d'abord tous ceux qui, connus comme tels de tout le personnel, étaient déjà l'objet de soins spéciaux. Nous n'avons eu qu'à consulter la collection de nos rapports médicaux journaliers pour relever les noms de ceux de nos malades qui, pendant ces dernières années, avaient été auscultés et trouvés atteints de tuberculose. Cela fait, par séries plus ou moins nombreuses, par mutations successives, nous les avons installés dans notre pavillon spécial, La chose n'alla pas toujours toute seule; quelques malades protestèrent, mais, usant de douceur, nous les avons amenés à accepter une situation dont ils sont les premiers à nous remercier maintenant. C'est qu'en effet, nos malades se sentent dans ce nouveau quartier, entourés d'une sollicitude toute particulière, et quand nous aurons dit que nous avons, dans la mesure du possible, amélioré leur régime, on comprendra comment il se fait que, depuis un mois que nos tuberculeux se trouvent groupés, pas un seul ne se soit plaint et n'ait demandé à changer.

Les malades atteints de tuberculose, groupés actuelle-

ment dans le pavillon d'isolement sont au nombre de 47. La plupart des *formes* d'aliénation mentale y sont représentées. C'est ainsi que nous trouvons :

4	malades	atteints	de mélancolie.
4	»	»	de délire général hallucinatoire.
1	»	»	de délire de persécution.
1	»	»	de délire alcoolique.
3	»	»	de folie paralytique.
7	»	»	de dégénérescence mentale.
6	»	»	de débilité mentale.
14	»	»	d'imbécillité,
2	»	»	d'idiotie.
5	»	»	d'épilepsie.

Dix-huit d'entre eux sont entrés depuis moins de trois ans.

La plupart sont très gravement *atteints* :

26 présentent des signes d'excavation pulmonaire;
20 ne sont atteints que de tuberculose à la seconde période;
1 seul ne présente que des signes peu marqués.

Un problème non moins important que les autres devait être résolu. A qui allions-nous *confier* la surveillance de nos malades ? N'allions-nous pas exposer à la contamination des gardiens, peut-être incapables, étant donné leur niveau intellectuel peu élevé, de prendre les précautions nécessaires ? L'existence d'*anciens gardiens* atteints de tuberculose nous tira en partie d'embarras. Deux d'entre eux, particulièrement atteints, ont été placés dans le quartier où ils suivront le régime des malades ; et, ce faisant, nous sommes convaincus de leur avoir rendu service, tandis qu'en même temps, nous éliminions des autres quartiers deux agents qui étaient pour nos malades une cause de contamination. Deux autres gardiens, dont le chef de quartier, ne sont pas tuberculeux ; mais nous espérons bien que grâce aux multiples précautions dont nous allons maintenant parler, ils seront à l'abri de l'infection.

Notre tâche ne devait pas se borner à grouper nos malades, nous devions poursuivre un *triple but :* 1° Rendre l'isolement efficace en procédant à une *désinfection* rigoureuse de tout ce qui sortait du pavillon, afin que le reste de

l'établissement, fût, dans la mesure du possible, à l'abri de la contamination ; 2° faire régner dans le pavillon même la *propreté* la plus méticuleuse, afin d'éviter à nos malades toute affection secondaire ou complication, et de protéger en même temps le personnel contre la maladie ; 3° *Traiter* les malades.

Nous nous sommes inspirés, pour pratiquer la désinfection, de ce qui se fait au dispensaire antituberculeux « Emile Roux » à Lille. Tout a été fait pour empêcher la dissémination des germes. Des crachoirs hygiéniques ont été placés partout, à terre, contre les murs, dans le réfectoire et jusque dans la cour où on en a placé devant chaque banc. Dans les dortoirs, nous avons adopté, comme crachoir individuel, le simple vase de nuit émaillé qui a ce grand avantage d'être stable et de présenter une grande surface, ce qui permet au malade couché d'expectorer facilement dans son crachoir situé à terre. Comme liquide antiseptique, nous employons le *lysol* à 2 p. 100 qui, ainsi que l'a écrit M. le professeur Calmette « *présente certains avantages précieux. Composé de* « *crésyl, de potasse et d'oléine, sa puissance antiseptique à* « *l'égard du bacille tuberculeux est assez grande, et grâce* « *à la potasse qu'il renferme, il dissocie très bien les cra-* « *chats sans les coaguler. Son odeur est très agréable* « *comme celle du Crésyl et son prix est à peine plus élevé.* » (Société française du Lysol, 22, place Vendôme, Paris. 1 fr. 50 le kilog.). C'est cette solution de lysol à 2 p. 100 que nous mettons dans nos crachoirs et c'est elle qui nous sert au nettoyage journalier du quartier : bancs, tables, parquets, murailles, etc.

Le linge des malades, qui est du reste marqué, est descendu dans le sous-sol et plongé, avant de sortir du pavillon, dans une une solution de lysol à 2 p. 100, dans laquelle il séjourne quelques heures ; après quoi, il peut être manipulé sans danger. Il est alors rincé, puis bouilli à part pendant au moins un quart d'heure, dans une lessive contenant 1,37 p. 100 de cristaux de soude et 1,15 p. 100 de savon. Quant aux selles des malades, elles sont recueillies dans une solution de chlorure de chaux qui en assure suffisamment la désinfection.

Pour ce qui concerne les gardiens, les précautions ont été prises et les recommandations multipliées. Nous n'avons

jusqu'ici qu'à nous féliciter du zèle qu'ils déploient. Chacun d'entre eux est vêtu d'une longue blouse facilement désinfectée dans la solution de lysol à 2 p.100. Ils bénéficient du régime alimentaire des malades.

L'isolement que nous avons ainsi réalisé est aussi *complet* que possible; car non seulement nos malades tuberculeux sont ainsi groupés, mais ils restent toute la journée dans le pavillon ou ses dépendances. Les travailleurs, assez nombreux du reste, s'occupent à aider les gardiens.

Les *bains* qu'ils prennent chaque semaine, ne sont pas donnés dans le quartier; mais de ce côté encore, tout danger de contamination est écarté, un certain nombre de baignoires leur étant exclusivement réservées. Telles sont les mesures prophylactiques que nous avons prises.

Quant au *traitement* des malades, il consiste surtout dans la suralimentation. Nous ne pouvons malheureusement pas donner à nos aliénés tout ce que la suralimentation des tuberculeux exige; mais cependant, nous avons institué un régime déjà fort satisfaisant. Nos malades font chaque jour vers trois heures, un repas supplémentaire composé de lait chaud et de pain. Ils ont de la viande à midi six jours sur sept et quatre fois, leur viande, est rôtie ou grillée. Leur repas du matin se compose de café au lait; celui du soir, de légumes et de soupe substantielle.

Nous ne leur donnons de médicaments que lorsque ceux-ci sont indiqués par des motifs sérieux, la toux trop répétée, par exemple. Tous prennent deux fois par jour de l'huile de foie de morue et chacun en prend la dose qu'il désire. Les malades ont été *pesés* à leur entrée dans le pavillon; ils le seront chaque mois, de sorte que nous pourrons nous rendre compte de l'amélioration qui pourra survenir.

Ce n'est pas aujourd'hui que nous pourrons parler des résultats obtenus; nous le ferons *l'an prochain* en rendant compte de ce qu'aura été le fonctionnement de notre quartier pendant l'année écoulée. Tout au moins, pourrons-nous dire quelles sont nos espérances. Presque tous nos tuberculeux sont aujourd'hui isolés dans un pavilllon aménagé à cet effet. Peu à peu, tous ceux atteints du même mal qui ne s'y trouvent pas, y seront placés. Nous aurons ainsi réalisé cet isolement si profitable à tant de titres. D'autre part, le régime, auquel nous soumettons nos malades, nous permet

d'espérer que leur état s'améliorera. Nous nous en félicitons d'autant plus que, parmi eux, se trouvent, en plus ou moins grand nombre, des aliénés curables que nous rendrons à leurs familles, améliorés à la fois physiquement et moralement et pénétrés — à la suite du séjour dans ce quartier où elles sont mises en pratique devant eux — des notions d'hygiène et de salubrité, grâce auxquelles leur entourage sera à l'abri de la contagion. Nous aurons ainsi, dans la mesure de nos moyens, cherché à renvoyer améliorés les malades déjà atteints de tuberculose et nous aurons surtout protégé contre cette maladie ceux qui nous arrivent indemnes. Nous ne pouvions faire moins pour les déshérités qu'on nous a confiés[1].

CLINIQUE MENTALE.

Contribution à l'étude de la catatonie (Catatonie et démence précoce ?) ;

PAR LE Dr AL. PARIS,
Médecin en chef de l'asile de Maréville, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy.

A l'exemple de quelques confrères, je crois que la catatonie ne peut être considérée que comme caractérisant une phase d'une variété d'aliénation mentale dégénérative. La première phase, mélancolie, parfois délire paranoïaque, de la psychose dont la catatonie marquerait la seconde période apparaîtra constante, à mon avis, si l'on peut remonter à toutes les circonstances de début et, à cet égard, on est assez facilement induit en erreur, ainsi qu'en témoignent les pre-

[1] Lors de sa communication au Congrès de Bruxelles, ce travail a été l'objet des remarques suivantes de M. le docteur A. Marie : « Je rappelle les statistiques énormes du chiffre des aliénés tuberculeux et le vœu émis par lui au *Congrès international* de 1900 et propose au Congrès de le renouveler sous la forme suivante : « Que des mesures de prophylaxie méthodiques soient prises contre la tuberculose dans les asiles d'aliénés et que les aliénés reconnus tuberculeux y soient l'objet de mesures spéciales d'isolement et de traitement. Adopté. — Nous reviendrons sur cette question. (B.)

miers faits ci-dessous relatés succinctement. Quant à la dernière phase de la psychose, démence, c'est à tort, selon moi, qu'on la donne comme succédant rapidement à la phase de catatonie proprement dite, toutes les observations ne justifiant pas la dénomination « démence *précoce* », comme je vais essayer de l'établir aussi.

1re Obs. — M..., célibataire, âgée de vingt-huit ans, dont la mère et la grand'mère maternelle sont mortes aliénées, toutes deux mélancoliques, entre dans mon service en mai 1903, atteinte, disent les parents qui l'accompagnent, de troubles intellectuels analogues à ceux qu'elle aurait présentés *quatre ans* auparavant et qui auraient nécessité un traitement d'un an dans un asile d'aliénés, traitement après lequel elle serait rentrée *très améliorée* dans sa famille.

Le père fait remonter les derniers troubles, qu'il considère comme une nouvelle maladie, à une quinzaine de jours seulement, et il les attribue à des contrariétés à l'occasion du mariage du frère de la malade. Depuis ce mariage, elle aurait montré des idées de culpabilité, d'indignité, elle ne parlait presque plus, elle prétendait que ses compagnes habituelles n'étaient plus aussi pieuses, qu'elle était cause de ce changement, et on la voyait assez fréquemment se promener du côté d'un puits (quatre ans auparavant elle avait fait une tentative de suicide). Je prends des renseignements à une autre source, près d'une personne qui connaît la malade et qui a l'habitude des aliénées ; alors ce n'est plus à quinze jours, comme me l'avait dit le père, que remonte le début des troubles mélancoliques, mais à une époque beaucoup plus éloignée et l'intervalle qui sépare la première hospitalisation de la seconde (quatre ans) n'est plus représenté que par une rémission ; j'apprends, en effet, que la malade a toujours montré une religiosité exagérée, des scrupules, qu'elle *dissimulait* habituellement, et depuis longtemps, des préoccupations et des idées tristes que le mariage de son frère n'a fait qu'accuser davantage ; elle pensait constamment à la situation qui lui serait faite un jour par le mariage de ce frère et la mort de son père, elle se tracassait à la pensée de se trouver seule un jour ; quelques mots échappés de temps en temps, à l'insu de son père et de son frère, et sa tristesse habituelle indiquaient suffisamment des regrets profonds d'avoir repoussé diverses propositions de mariage ou de n'avoir pas suivi son désir d'entrer au couvent. C'est donc une longue phase de mélancolie que nous rencontrons en premier lieu, phase de mélancolie qui ne fut évidemment pas sans influer fâcheusement sur l'état physique.

En *mai* 1903, à l'arrivée dans le service, nous constatons encore des idées de culpabilité, d'indignité, des traces de ses anciennes

préoccupations qu'elle cachait à son père, etc., et une vague conscience de sa situation : « elle sera la cause de la perte du monde, parce qu'elle n'a pas répondu au premier appel »... « elle aurait dû mendier »... « elle devait avoir un fils qui sauverait la France »... « Dieu lui a donné une mission »... « Mon intelligence, dit-elle, se serait développée, j'aurais pu être soignée, maintenant il n'y a plus de maisons de fous où mon père puisse me placer ». Les conceptions sont lentes, confuses ; il faut répéter plusieurs fois la même question pour la faire comprendre et obtenir quelques mots qui, généralement, ne répondent nullement à la question posée ou qui répondent à une question antérieurement adressée. Elle refuse les aliments et oppose de la résistance chaque fois qu'on veut lui faire accomplir un acte, quel qu'il soit, exécuter le moindre mouvement. Peu à peu l'anxiété diminue, la malade ne comprend plus les questions les plus simples et, lorsqu'on les lui répète avec insistance, elle finit parfois par prononcer le dernier mot d'une question. Lui met-on une plume en main, l'invitant à écrire un seul mot destiné à son père, elle la tient, la regarde hébétée ; si l'on insiste, elle semble chercher à faire un effort, mais elle ne parvient pas à écrire. Elle ne refuse plus les aliments, mais elle ne les prend pas seule.

En *juillet*, nous la voyons habituellement inerte, sans anxiété, manifestement sans idée délirante, à peu près sans activité cérébrale lorsqu'on ne la presse pas de questions, le plus souvent debout, immobile, mais elle imite parfois tel ou tel mouvement d'une de ses compagnes, automatiquement en quelque sorte ; voit-elle une malade tourner sur elle-même à côté d'elle, elle en fait autant. Parfois aussi, déplacements non motivés, automatiques, stéréotypés.

En *août* : mutisme habituel, résistance non raisonnée à toutes les sollicitations, raideur générale, soit que l'on veuille la déplacer, soit que l'on veuille lui faire prendre ses repas ; parfois encore. déplacements automatiques stéréotypés. Un jour de rémission, au commencement du mois, de semi-lucidité, peut écrire à son père une lettre affectueuse, assez raisonnable, dans laquelle on ne trouve pas trace d'idée délirante, mais elle déclare ne rien comprendre à son état habituel. Le lendemain cet état habituel a reparu. Puis commence à s'écorcher le front, le nez et les joues avec les ongles. De temps en temps, quelques moments de verbigération incompréhensible, ou plutôt de chuchotement incohérent, etc.

La catatonie n'arrive, en somme, dans ce cas, qu'un certain temps après le retour des troubles intellectuels, après une longue période de préoccupations, d'idées tristes, et

après un état intermédiaire de confusion mentale. (Si l'on ajoutait foi aux renseignements donnés par le père, auquel la malade cachait le plus possible ses préoccupations premières, la catatonie semblerait exister presque dès le début.)

2° Obs. — G. M..., célibataire, couturière, âgée de vingt-neuf ans, nièce d'un aliéné, ayant eu elle-même des attaques classiques d'hystérie dans sa jeunesse, arrive dans le service en mai 1902, malade depuis quatre mois. Les troubles intellectuels ont éclaté à la suite d'une frayeur vive éprouvée à une époque menstruelle ; son oncle aliéné s'était introduit nuitamment dans sa chambre et l'avait éveillée brusquement en la tirant par les pieds. Les règles cessent de couler, des troubles mélancoliques apparaissent presque aussitôt; idées de culpabilité, d'indignité, de suicide; elle se croit à la charge de tout le monde, ne se nourrit plus régulièrement, entend dire qu'elle n'a pas été bonne pour ses parents, qu'elle sera cause de malheurs, etc., et bientôt elle fait une tentative de suicide qui détermine le placement dans une maison de santé où elle passe trois mois. Elle arrive à Maréville quatre mois après l'apparition des premiers troubles intellectuels; nous constatons alors de la dépression générale, ses réponses sont le plus souvent vagues, indécises, « je ne sais pas » ou « je ne me rappelle pas », elle ne fait aucun effort, aucun appel à sa mémoire lorsqu'on ne répète pas une question avec insistance. On trouve cependant encore des traces de scrupules, d'hallucinations accusatrices de l'ouïe, du dégoût de la vie ; elle reconnait avoir fait une tentative de suicide par strangulation et dit encore regretter de n'avoir pas réussi à se donner la mort; elle ne s'alimente pas volontiers. On lui met un ouvrage de couture en mains, elle s'occupe nonchalamment, automatiquement, mais cherchant toujours à s'isoler. Pendant près d'un an elle restera habituellement déprimée, bientôt sans tristesse, sans activité cérébrale, se tenant *par habitude* le plus possible à l'écart, ne parlant à personne, ne répondant que par un « oui » ou « non » aux questions les plus pressantes, tournant le dos lorsqu'on l'interroge avec trop d'insistance, opposant de la résistance non motivée lorsqu'on veut la déplacer, la faire passer par exemple d'une pièce dans une autre, mais s'occupant toujours assez régulièrement, à des *ouvrages de couture seulement* (ancienne couturière, elle travaille automatiquement en quelque sorte, par entraînement ancien, suivant la remarque de M. Claus [1]).

Fin *mai* 1903, c'est-à-dire environ seize mois après le début de la maladie, nous observons de temps en temps des rires purement automatiques, la malade répond un peu aux questions pressantes,

[1] Catatonie et Stupeur. Rapport au *Congrès de psychiatrie et neurologie*, Bruxelles, 1903.

avec indifférence toutefois, ne montrant même pas la moindre émotion lorsqu'on lui parle de sa famille, lorsqu'on lui propose de rentrer dans sa famille, de faire venir ses parents, etc.

En *juin* et *juillet* les rires automatiques sont assez fréquents, la malade continue à s'occuper automatiquement, elle ne parle que lorsqu'on l'interroge, ses facultés sont manifestement affaiblies.

Ici encore nous trouvons de l'hérédité comme cause prédisposante (et de l'hystérie), une cause émotionnelle déterminante, une phase de délire mélancolique, une période transitoire de confusion mentale, une phase de catatonie, à laquelle succède l'affaiblissement intellectuel tendant à la démence.

3e Obs. — M..., célibataire, domestique, âgée de vingt ans, entre fin novembre 1902 à l'asile de Maréville. Fille d'une nerveuse (probablement aliénée), nièce d'une aliénée, elle passe, en octobre 1902, quelque temps à soigner jour et nuit une parente malade. Puis elle reprend son service habituel, mais son état général est altéré par suite des fatigues qu'elle vient d'éprouver, elle est anémiée, l'époque à laquelle elle attendait ses règles est passée sans écoulement de menstrues ; elle est inquiète, elle craint une grossesse, elle perd l'appétit et le sommeil. Elle fait un jour part de ses craintes à sa maîtresse qui la congédie ; elle rentre dans sa famille où ses préoccupations vont sans cesse croissant, sa santé physique s'altérant de plus en plus. On la place dans le service en faisant remonter le début de la maladie à une quinzaine de jours seulement, à l'époque où elle quitte son emploi. Nous remarquons des idées de culpabilité, d'indignité, des craintes imaginaires qu'elle exprime dans un langage absolument confus, de l'instabilité, une tendance à se déplacer sans cesse (analogue à celle que présentent les personnes en proie à un ennui et qui ne se trouvent bien nulle part) ; elle montre une très grande inquiétude, une vive anxiété lorsqu'on lui adresse la parole et notamment lorsqu'on fait allusion à son aménorrhée. Amaigrissement. Bien que nous affirmions à la malade, à maintes reprises, qu'elle n'est pas enceinte, l'affection continue à évoluer progressivement, les idées délirantes deviennent de plus en plus imprécises, elle refuse les aliments sans pouvoir donner le moindre motif à ce refus ; à la confusion mentale succède bientôt l'inactivité cérébrale, la malade ne peut plus donner la moindre réponse aux questions les plus simples, mais on observe de temps en temps des impulsions violentes soudaines (bris de vitres, violences sur personnes) ou de fous rires, ou de l'ambulomanie, etc.

Après un alitement de plusieurs mois (avec quelques interrup-

tions) et une amélioration de l'état physique, l'activité cérébrale reparait peu à peu, les troubles automatiques (crises de rire surtout) s'espacent de plus en plus, finissent par disparaître, etc., et M... peut rentrer dans sa famille. Il ne lui restait, quand elle a quitté le service, qu'un peu d'amnésie relative au début de sa maladie et une certaine mobilité puérile des idées qui trahissait évidemment encore la prédisposition héréditaire grave que nous avons signalée.

Nous trouvons, en somme, dans ce cas : 1° les causes habituelles de la mélancolie (hérédité, altération de la santé, physique, cause émotionnelle) ; 2° de la mélancolie ; 3° de la confusion mentale ; 4° de la catatonie ; 5° une rémission. sinon la guérison (?)

4e Obs. — M. A..., domestique, célibataire, âgée de trente-trois ans, entre dans le service en juin 1902. Bonne instruction primaire. Fille d'un alcoolique violent et brutal. Forte constitution, haute taille, mais quelques stigmates physiques de dégénérescence. Depuis la mort, par tuberculose pulmonaire, d'un frère qu'elle a soigné, elle se figure qu'elle a contracté cette maladie au chevet de ce frère et qu'elle finira comme lui. Cette idée prend peu à peu une très grande consistance dans son esprit, elle va consulter un grand nombre de médecins, de somnambules, dépense ainsi la plus grande partie de ses gages, est habituellement triste, en proie à cette préoccupation fixe, ne s'alimente plus régulièrement, etc. Elle passe ainsi *près de deux ans*, constamment préoccupée, tracassée, *mais restant cependant en service*, comme domestique. Vers la fin de la seconde année, sa sœur, placée dans la même localité, et quelques amies, remarquent que son caractère se modifie encore, qu'elle devient instable, tantôt peu communicative, déprimée, tantôt très rieuse, enfantine. Le plus habituellement cependant encore dominée par cette crainte de tuberculose, elle entre dans un hôpital, mais, à peine admise, elle a un accès d'agitation. se dit possédée du diable, refuse les aliments, trouble le repos des malades, et, trouvant une fenêtre ouverte, se précipite d'un premier étage. Dans un précédent moment d'agitation, elle avait, sans le moindre motif, jeté sa sœur du haut en bas d'un escalier assez élevé.

Elle nous arrive le 20 *juin* 1902, maigre, pâle, les muqueuses décolorées, les extrémités froides, la langue suburrale, l'haleine fétide, le ventre ballonné. L'auscultation ne révèle pas de signes certains de tuberculose. Les idées sont extrêmement confuses, elle a une très grande difficulté à évoquer un souvenir, reste ahurie lorsqu'on la presse de questions, parle parfois seule, mais son

verbiage est confus comme si elle cherchait à suivre un rêve. De temps en temps, immobilité absolue avec fixité du regard sans battements de paupières. puis, brusquement, arrivant automatiquement, rires, pleurs, ou cris. Parfois encore des traces de ses anciennes préoccupations, de ses craintes de tuberculose, de mort, sont accusées par des crises de craintivité, de phobies, à début subit, succédant même brusquement aux crises de rire; elle demande qu'on ne lui coupe pas la tête, que l'on n'appelle pas le diable, puis elle réclame la mort, etc... Elle semble parfois aussi avoir une lueur de conscience de sa situation : « Je suis toquée, s'écrie-t-elle, j'ai la tête si bête que je ne comprends plus rien. »

Dans la nuit du 22 *au* 23 *juin* : impulsion subite, quitte brusquement son lit, se jette sur une fenêtre, brise les vitres; le matin, confusion extrême.

25 *juin* : Semble incapable de comprendre la moindre question, ne parle pas, ne mange pas seule.

2 *juillet* : Répond à quelques questions simples, mais réponses très tardives, confuses. Aucun souvenir de ses impulsions violentes.

Puis l'état mental semble s'améliorer, et, *le* 6 *juillet* 1902, on pouvait presque la considérer comme convalescente. Deux jours après : excitation à début soudain, chants,cris, rires automatiques, se succédant par accès, résistance à toutes les sollicitations, impulsions violentes automatiques. Depuis ce moment : tantôt calme, ne pensant à rien, incapable de donner la moindre réponse un peu sensée, parfois absolument immobile, le regard vague et fixe, tantôt agitation, à début soudain, stéréotypée, avec verbigération absurde, absolument stéréotypée aussi, tous troubles ayant un cachet bien caractéristique d'automatisme. Tendance manifeste à la démence.

Chez cette malade, nous avons, en somme, comme chez les autres : hérédité, cause émotionnelle et altération de la santé physique, — phase de préoccupation, d'idées tristes, — période de transition avec confusion mentale, — et, enfin, phase de catatonie qui aboutit peu à peu à la démence. La phase de préoccupations, de mélancolie, a été particulièrement longue.

Nombreux sont les exemples analogues montrant cette évolution assez bien caractérisée par ses grandes phases, par leur succession, leur symptomatologie générale, sinon par leur durée. Nous voyons chez toutes nos malades de l'hérédité, chez la plupart des causes émotionnelles suivies d'altération de la santé physique ; des idées tristes ou du

délire mélancolique ne tardent pas à apparaître, accroissant l'action fâcheuse sur la santé physique des causes qui les ont déterminés, contribuant ainsi à créer, comme l'a dit M. Régis, des condition favorables d'intoxication ou d'auto-intoxication. Alors, résultant de l'activité délirante, de la fatigue cérébrale occasionnée par des préoccupations continues, de l'irrégularité de l'alimentation, de l'auto-intoxication, se produit de la confusion mentale qui, s'accentuant progressivement, efface en quelque sorte progressivement les troubles primitifs. A cette période intermédiaire de confusion mentale succède la suspension de l'activité cérébrale, la phase catatonique, qui durera plus ou moins longtemps, accompagnée de phénomènes d'automatisme présentant des caractères d'impulsions, et, au bout d'un certain temps, parfois après quelques rémittences plus ou moins longues, comme il arrive dans la paralysie générale progressive, la démence s'affirme. J'ai voulu montrer d'abord par les exemples précédents qu'il y a bien réellement une phase de mélancolie, souvent insidieuse et longue avant la phase de la catatonie, que cette phase de mélancolie doit être cherchée parfois avec un soin particulier, car elle peut, *en partie au moins*, échapper à l'entourage familial des malades et c'est ainsi qu'un certain nombre d'aliénistes font débuter la psychose dégénérative qui nous occupe par la catatonie, et ne lui donnent alors que deux phases : catatonie et démence.

Mais, si l'apparition de symptômes catatoniques bien caractérisés après une première phase de mélancolie doit faire entrevoir, en général, comme assez proche, la phase ultime de la psychose dégénérative, il est cependant des cas où la *démence* n'apparaît que *très tardivement* et ils justifieraient, il me semble, la substitution de l'appellation *psychose catatonique dégénérative* à celle de démence *précoce* pour désigner cette variété d'aliénation mentale par dégénérescence. Ces cas ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le croit généralement et il me semble utile d'appeler l'attention sur eux, d'en solliciter la publication ; c'est le principal but de cette note. On peut en voir un dans la première observation que j'ai donnée plus haut, mais celle que je vais relater est beaucoup plus significative. Même très rares, ils attesteraient suffisamment encore que la démence n'est pas fatalement précoce dans la psychose catatonique dégénérative et

ils prescriraient quelque réserve sinon quant à la gravité du pronostic, au moins quant à la formule de ce pronostic, quant à l'appréciation de la durée probable de la période prædémentielle. Voici un fait qui me paraît assez intéressant à cet égard et à d'autres titres : Il s'agit d'une femme mariée, mère de cinq enfants, aujourd'hui âgée de cinquante ans, qui a été séquestrée ou hospitalisée deux fois, à plus de dix ans d'intervalle, pour les mêmes troubles (catatoniques), entrée dans mon service fin septembre 1899, qui n'est pas encore démente et que l'on peut pour ainsi dire à volonté mettre en état catatonique ; ce n'est pas une hystérique. Voici, du reste, son observation résumée :

Originaire d'un pays où l'alcoolisme est extrêmement répandu, vivant au milieu d'alcoolisés, il est probable qu'elle comptait quelques alcoolisés dans son ascendance ; je n'ai aucun renseignement précis à cet égard. Née en 1853, elle n'a jamais eu de maladies physiques, n'a rien présenté d'anormal jusqu'à l'âge de vingt ans, époque de son mariage. Mais, peu à peu, à partir de cette époque, elle prit des habitudes religieuses exagérées et en arriva à fréquenter plusieurs fois par jour l'église de son village. Elle a toujours eu cependant un caractère un peu sombre ; peu communicative et portée à l'isolement, elle ne partageait avec personne des siens ses chagrins intimes, qui ont été parfois assez intenses car son mari buvait. Elle eut cinq enfants ; ses grossesses furent toutes *normales*, normales aussi les suites de couches. L'aîné de ses enfants eut des convulsions infantiles. Vers l'âge de trente-cinq ans elle eut, nous dit-elle aujourd'hui, sa première maladie, et fit un séjour de quelques semaines à l'hôpital d'E... (Renseignements confirmés). Elle était alors inerte, ne parlait pas, ne mangeait pas, ne s'intéressait à rien, à personne, n'était sous l'influence d'aucune idée délirante, d'aucune hallucination, n'avait pas d'idées de suicide et ne s'explique pas, ajoute-t-elle, pourquoi elle ne parlait pas et ne mangeait pas ; il lui semble même qu'elle ne pensait pas. — Elle guérit à l'hôpital (?), rentre dans son ménage, est bientôt enceinte ; *sa grossesse* (la cinquième) *suit normalement son cours, l'accouchement et les suites se passent très bien sans retour de troubles mentaux.*

En 1899 seulement réapparaissent les troubles qui ont motivé la première hospitalisation : altération de la santé physique, amaigrissement, misère physiologique ; inertie complète, mutisme absolu, indifférence absolue, quelles que soient les questions et l'insistance avec laquelle on les adresse ; station assise ou debout prolongée jusqu'à ce qu'on la déplace ; facies absolument inerte, parfois léger sourire non motivé, regard fixe, sans expression ;

se tient immobile au milieu de malades bruyantes, sans manifester jamais la moindre émotion, se laisserait renverser si l'on ne veillait sur elle; doit être habillée, déshabillée, ne prend spontanément aucun aliment; nourrie plusieurs fois à l'aide de la sonde œsophagienne. Lorsque la surveillante la presse de questions, elle fait un signe de tête affirmatif ou négatif. Malgré cet état n'est pas gâteuse. Ainsi nous la voyons pendant les premières semaines qu'elle passe dans le service.

En *décembre* 1899, elle mange seule dans un coin, à la condition que l'on place ses aliments devant elle et qu'on l'invite à les prendre. Elle répond parfois quelques mots aux infirmières, mais reste toujours absolument muette en face des médecins ou des religieuses. Son attitude habituelle indique suffisamment qu'elle n'est sous l'influence d'aucune idée délirante, d'aucune hallucination, qu'elle n'éprouve aucune émotion, qu'il n'y a généralement chez elle aucune activité cérébrale. Elle reste toujours la même lorsque nous l'interrogeons, quelles que soient nos questions, même lorsque nous cherchons à réveiller quelque sentiment affectif; parfois éclate un rire automatique, absolument sans motif, de courte durée et qui se termine brusquement comme il est arrivé. Elle reste ainsi pendant un an.

En *décembre* 1900 une rémission commence, elle parle parfois spontanément, écrit à sa famille, mais elle n'a pas la moindre conscience de son état, ne s'explique pas sa présence dans le service, ne croit pas avoir été inerte, avoir refusé les aliments, etc...; elle s'occupe automatiquement, sans intérêt, sans jamais observer ce qui se passe autour d'elle. En 1901, 1902 *et* 1903 : elle s'occupe assez régulièrement, mais toujours automatiquement en quelque sorte, ne montrant que rarement un peu d'initiative, elle mange seule, à la condition toutefois d'être invitée à le faire; elle finit par prendre ses repas par entraînement en quelque sorte, automatiquement, comme elle travaille; elle ne parle presque jamais spontanément mais elle répond, laconiquement, à toutes les personnes qui lui adressent la parole, sauf à la religieuse surveillante de son quartier. Je reviendrai plus loin sur ce fait particulier. Nous observons de loin en loin encore des périodes de mutisme, d'inertie cérébrale, avec sourires automatiques, absolument sans motif. Je l'ai interrogée maintes fois sur les troubles qu'elle a présentés si longtemps, qu'elle présente encore de temps en temps : « Je ne sais pas, je n'en sais rien, » répond-elle à toutes les questions relatives aux causes de son mutisme, de son inertie, de son refus des aliments. Voici, du reste, un exemple :

Quel âge avez-vous ? — Cinquante ans le 13 juillet (exact). — *En quelle année êtes-vous venue dans le service ?* — Il y a quatre ans, en 1899 (exact). — *Pourquoi vous a-t-on placée ici ?* — Je ne sais

pas. — *Même question, répétée avec insistance?* — Je ne sais pas, je ne peux pas dire. — *Avez-vous été malade?* — Non, M... — *Jamais?* — Je n'ai jamais eu de grosses maladies. — *Pourquoi ne parliez-vous pas?* — Je n'en sais rien. — *Pourquoi ne mangiez-vous pas?* — Je n'en sais rien. — *Pourquoi refusiez-vous tous les aliments?* — Je n'en sais déjà rien, *probablement* parce que je n'avais pas faim. — *Même question avec insistance particulière?* — Je ne sais pas du tout, je n'avais *probablement* pas d'appétit, pourquoi n'aurais-je pas mangé autrement? — *A quoi pensiez-vous alors?* — Je n'en sais rien. — *Pensiez-vous à vos enfants?* — Non, je ne crois pas. — *A votre mari?* — Ma foi non. — *Mais cependant, vous savez bien que l'on pense toujours à quelque chose?* — Je ne sais pas à quoi je pouvais penser, mais je ne pouvais rien faire. — *Pourquoi?* — Je ne sais pas du tout. (Aucune réticence dans ses réponses, aucune trace de dissimulation.) — *Pourquoi vous a-t-on placée une première fois à l'hôpital, il y a une dizaine d'années?* — Je ne sais pas, probablement parce que je ne mangeais déjà pas et que je ne parlais pas.

Elle a bien peu de spontanéité, elle me parle maintenant assez volontiers lorsque je la questionne, mais il suffit que je l'interroge en face d'étrangers ou que je lui fasse adresser quelque question par la religieuse surveillante de son quartier pour la plonger immédiatement dans une stupeur catatonique complète. Lorsque je cherche, quelques instants après, les causes de ce mutisme, de cette inertie soudaine, elle m'affirme qu'elle ne sait pas pourquoi elle s'est trouvée ainsi dans l'impossibilité de répondre, qu'elle ne comprend rien à cela, qu'elle n'a jamais pu parler à cette surveillante avec laquelle elle vit depuis quatre ans, dont elle n'a jamais eu à se plaindre, qui a toujours été bonne pour elle. Il m'est arrivé maintes fois de mettre cette malade en stupeur catatonique en faisant intervenir cette religieuse dans un interrogatoire [1].

La diminution de l'activité cérébrale dans les intervalles de moments de stupeur catatonique est bien manifeste, mais la malade ne touche pas encore à la démence.

Cette femme est bien évidemment atteinte de psychose catatonique dégénérative, comme les précédentes, mais à

[1] La facilité avec laquelle se produit maintenant la suspension de l'activité cérébrale s'explique assez facilement, en somme, et par la diminution habituelle de l'activité cérébrale et par la durée et la fréquence des crises de stupeur catatonique observées dans les premiers temps de son séjour à Maréville. Le cerveau de cette femme est devenu un *locus minoris resistentiæ*, tel que la moindre action inhibitrice se traduit par un effet intense, la plus légère surprise, le moindre heurt amène une suspension totale de l'activité cérébrale.

évolution particulièrement lente, entrecoupée de nombreuses rémissions de durée variable. Son observation atteste qu'une phase de chronicité très longue peut précéder la démence.

Il ne me semble donc pas rationnel de dire que la catatonie est un syndrome qui appartient à l'histoire de la démence précoce ou de qualifier *précoce* la démence qui succède à la catatonie dans l'évolution de la psychose dégénérative dont je viens de rapporter quelques exemples et qu'il me semblerait assez logique de distinguer simplement par la dénomination de *psychose catatonique dégénérative*, qui tient compte des principales étapes de la maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale.

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE [1]

PAR LES DOCTEURS

G. RAVIART, Médecin adjoint ET P. CAUDRON, Interne

de l'Asile d'Armentières.

Dans des travaux antérieurs: Thèse de Lille 1902, Mémoires des Archives de Neurologie, janvier et août 1903, publiés en collaboration avec M. le Dr Kéraval, nous avons étudié les lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale et montré leur fréquence.

Le travail que nous publions aujourd'hui, nous a paru être le complément nécessaire des précédents.

Nous avons pensé en effet, qu'il y aurait intérêt à suivre l'evolution des lésions du fond de l'œil observées un an auparavant et nous avons réexaminé en juin 1903 les survivants de la série examinée en 1902.

[1] Communication au *Congrès* de Bruxelles.

Nous avons cru également devoir examiner le fond de l'œil chez une nouvelle série de malades. La grande fréquence des lésions observées antérieurement pouvait être le fait d'un simple hasard ; les observations nouvelles que nous apportons aujourd'hui montrent qu'il n'en était rien et que les lésions du fond de l'œil sont des plus fréquentes chez les paralytiques généraux.

Sur les cinquante et un malades examinés il y a un an, il en restait vingt-trois, tous paralytiques généraux à la deuxième ou à la troisième période. Le fond de l'œil de chacun d'eux a été examiné avec soin, et le résultat de ce nouvel examen comparé à celui du premier. Nous avons alors pu constater que d'une façon générale, les lésions du fond de l'œil avaient évolué parallèlement aux lésions du cerveau. s'aggravant lorsque celles-ci progressaient ne se modifiant pas au contraire dans les cas où la paralysie générale n'avait fait aucun progrès.

Le détail de ces vingt-trois examens serait fastidieux ; nous nous bornerons à rapporter quelques observations de façon à caractériser chaque espèce.

A la suite de quelques ictus congestifs, le malade C... est passé de la seconde à la troisième période de la paralysie générale; parallèlement sa papille droite blanchâtre il y a un an est maintenant blanche et étalée, sa papille gauche alors normale est actuellement blanchâtre.

Le malade B... paralytique à la seconde période ne présentait lors du premier examen aucune lésion du fond de l'œil; sorti en rémission, il y a six mois, il vient de rentrer à l'asile affaibli, gâteux, l'examen ophthalmoscopique montre que ses papilles sont maintenant blanchâtres.

La paralysie générale a évolué lentement chez H...; pareillement les papilles qui étaient symétriquement décolorées en dehors, le sont actuellement sur toute leur étendue.

G... a peu changé depuis un an, ses papilles sont un peu plus blanchâtres, leurs vaisseaux se sont amincis.

Enfin L... dont la paralysie générale n'a pas évolué présente toujours le même état flou des papilles. Six autres malades chez lesquels la paralysie générale n'a fait aucun progrès, ne présentent pas non plus de modification appréciable du côté du fond de l'œil.

D'ordinaire, les lésions du fond de l'œil sont d'autant plus marquées que les paralytiques ont atteint une période plus avancée de leur maladie, c'est ainsi que la plupart d'entre eux, lorsqu'ils sont alités et gâteux, présentent au moins de la blancheur de la papille. Toutefois, il existe des exceptions, et nous avons vu l'atrophie

papillaire se produire dans deux cas alors que les malades avaient à peine atteint la seconde période de la paralysie générale.

Le résultat de l'*examen ophthalmoscopique* de notre nouvelle série, qui comprend quarante-quatre paralytiques généraux, est le suivant : nous avons trouvé :

Une fois l'*atrophie papillaire blanche* bilatérale ;

Dix fois de la *blancheur* des deux papilles ;

Deux fois une papille *blanchâtre* du côté droit; l'œil gauche étant normal chez un des malades tandis que la papille gauche du second était floue surtout dans le segment nasal ;

Quatre malades présentaient une papille *blanc grisâtre* ;

Les papilles de cinq autres avaient l'aspect *lavé*, les vaisseaux étaient sinueux, un malade avait la papille droite *lavée* tandis que la gauche était normale ;

Onze malades présentaient l'état *flou* des deux papilles, la droite seule était atteinte chez quatre autres, la gauche seule dans un autre cas ;

Enfin six malades seulement avaient leur fond d'œil normal.

Trente-huit malades sur quarante-quatre présentaient donc des lésions du fond de l'œil ce qui fait 73,33 p. 100 d'altérations. La plupart de ces malades sont des paralytiques généraux déjà arrivés au moins à la seconde période de leur affection.

L'*acuité visuelle*, difficile du reste à apprécier, paraît fort peu diminuée chez la plupart de ces malades, et lorsque leurs papilles sont floues et même blanchâtres, ils peuvent encore distinguer les caractères fins.

Rapporter les lésions que nous avons observées à un *facteur étiologique* déterminé ne nous a point paru possible ; car si 80,6 p. 100 de nos malades étaient alcooliques, le reste ne l'était pas et présentait néanmoins des lésions ; d'autre part 20,9 p. 100 étaient syphilitiques quatre d'entre eux ne présentant dans leurs antécédents que la syphilis seule.

Les lésions papillaires constatées à l'ophthalmoscope sont également distinctes à l'*autopsie*, et on différencie fort bien la papille floue de la papille décolorée, mieux encore de la papille présentant de l'atrophie blanche.

Nous avons pu dans cinq cas pratiquer l'*examen histologique*, et, comme il s'agissait de paralytiques généraux présentant des lésions oculaires à tous les degrés, nous avons pu suivre en quelque sorte les différentes altérations que subissent la rétine, la papille et le nerf optique.

La *rétine* présente des altérations diffuses plus ou moins marquées, caractérisées par la prolifération des éléments conjonctifs et névrogliques et par celle des fibres radiées ; les cellules ganglionnaires diversement lésées disparaissent dans les cas les plus avancés.

Ces lésions de rétinite diffuse peuvent être parfois accompagnées de celles de la rétinite séreuse, on observe alors la dégénérescence cystoïde si bien décrite par Iwanoff.

La *papille* est infiltrée par des éléments conjonctifs et névrogliques dont le nombre varie avec le degré de la lésion ; quand elle présente l'aspect flou, on trouve les faisceaux de fibres nerveuses à peu près intacts simplement séparés les uns des autres par des cellules néoformées, celles-ci se rencontrant surtout près de la membrane limitante interne et au pourtour des vaisseaux. Quand les lésions sont plus avancées, les cellules conjonctives et névrogliques, sont alors tellement abondantes que les fibres nerveuses ne sont plus visibles. — Le *nerf optique* présente les mêmes altérations que la papille. — Ce sont là en somme des lésions diffuses analogues à celles que l'on rencontre dans le cerveau.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XVI. **Expériences relatives à la voltaisation**, par ZANIETOWSKI (*Neurolog. Centralbl.*, XXI, 1902).

L'auteur conseille au praticien d'utiliser pour l'électrodiagnostic les décharges des condensateurs. Cette décharge est commode en ce qu'elle produit une contraction pure, dénuée de douleur et d'action électrolytique. Elle dure peu et, par suite, est incapable de produire d'effets électrotoniques et électrolytiques. Sa brièveté empêche toute modification de la résistance au courant. C'est probablement grâce à cela que j'ai pu, ajoute M. Zaniétosky, noter très exactement la moindre exacerbation, l'état latent momentané des phénomènes morbides, l'instant de l'évolution progressive ou régressive des accidents. P. KERAVAL.

XVII. **Y a-t-il des voies centrifuges qui vont de la couche optique à la moelle ?** par A. WALLENBERG (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

Les recherches en cours de l'auteur lui permettent d'affirmer ce qui suit :

1° Les zones spinales de la couche optique, contiguës en dehors et en avant à la commissure de l'habénule, envoient de puissantes fibres saggitales destinées aux régions inférieures du névraxe. Au niveau de l'extrémité antérieure du cerveau moyen, elles décrivent

une courbe transversale, constituent un faisceau de rayons ayant pour centre les confins de la substance grise centrale du canal encéphalomédullaire, envoient quelques-unes des leurs au faisceau longitudinal postérieur ainsi qu'aux noyaux de l'oculomoteur commun, s'entrecroisent en avant de ces derniers, puis, continuant leur chemin jusqu'au cordon antérieur et à la corne antérieure de la moelle, elles se comportent exactement, dans cette dernière partie de leur trajet, comme les fibres des tubercules quadrijumeaux au cordon antérieur qui viennent de l'entrecroisement de la calotte de Meynert. Telle est l'origine thalamique de la substance blanche profonde qui va au cordon antérieur, ou *voie thalamique du cordon antérieur* de Boyce et Bechterew.

2° Quelques fibres transverses de moyen volume s'entrecroisent en arrière des tubercules mamillaires et en avant du noyau rouge de Stilling : elles se collent, à l'intérieur du cerveau moyen, au faisceau de Monakow issu de l'entrecroisement antérieur de la calotte de Forel, et arrivent avec ce faisceau au cordon latéral de la moelle. C'est l'origine thalamique du faisceau de Monakow, ou *voie thalamique du cordon latéral* de Boyce et Bechterew.

P. Keraval.

XVIII. **Contribution à l'étude de l'origine du territoire sacré postéro-médian**, par G. Bikeles (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

D'où viennent les fibres qui, dans les segments inférieurs de la moelle, longent la cloison postérieure, et subissent la dégénérescence descendante. Proviennent-elles des cellules de la substance grise ?

Voici un fait de tabès dorsal dans lequel les dégénérescences tabétiques, extrêmement accusées, portaient sur toute la moelle, sacrée, lombaire, dorsale, et même sur les racines postérieures de la partie supérieure de la moelle cervicale depuis la 5e paire en montant. La coloration Weigert et Pal montre que seules les zones d'entrée radiculaires sont dans la moelle cervicale inférieure assez bien conservées : à ce niveau on voit de puissants faisceaux arqués pénétrer du cordon postérieur dans la corne postérieure. Par contre, il y a dégénérescence absolue, générale, des zones d'entrée radiculaires de la moelle sacrée et de la moelle lombaire : dans la moelle dorsale, ces zones sont complètement ou presque entièrement dégénérées. A partir de la moelle sacrée jusqu'au niveau de la moelle cervicale, absence partout des fibres arquées de la corne postérieure. Et, malgré cela, tout le territoire médian de la moelle sacrée est tout aussi bien coloré que dans une moelle tout à fait normale. Donc, ce territoire, de même que le territoire antérieur du cordon postérieur, a une origine surtout endogène.

P. Keraval.

XIX. **Contribution à la connaissance de l'organe de l'odorat dans un cas d hémicéphalie chez l'homme,** par L. de Mouralt (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

Il s'agit d'un fœtus du sexe masculin. ayant crié, avalé, produit des mouvements musculaires et réflexes normaux. Région faciale du crâne et nez bien conformés. Le bulbe rudimentaire portait tous les nerfs crâniens habituels avec leurs noyaux jusqu'au trijumeau. Le pathétique n'était représenté que par ses noyaux : aucune trace de l'oculomoteur commun. Les hémisphères cérébraux, le cerveau moyen et le segment antérieur du cerveau intermédiaire sont remplacés par des kystes et des hémorrhagies, entourés de tissu conjonctif et de placards de trabécules névrogliques contenant des neuroblastes et des cellules indifférentes disposés en tas. Nulle trace de bulbe olfactif, de bandelette olfactive, de corne d'Ammon, etc.

La région olfactive du nez est cependant pourvue d'une muqueuse qui présente la structure de la muqueuse olfactive d'un sujet de cet âge (figure). Elle est simplement un peu moins étendue en surface. La couche cuticulaire, bien dessinée, a subi les altérations propres à la macération. La zone des noyaux ovales est très nette : ceux-ci sont un peu plus massifs que d'ordinaire. Celle des noyaux ronds n'offre pas d'anomalies; en arrivant au tissu conjonctif, elle est arrêtée par une couche de noyaux couchés ovoïdes. On ne voit nulle fibre nerveuse. Cet arrêt de développement cérébral est antérieur au 5e mois de la vie intra-utérine (His). L'existence de la muqueuse olfactive du nez prouve que le développement des organes sensoriels de la peau est indépendant de celui du système nerveux correspondant. P. Keraval.

XX. **L'examen, à l'aide des rayons de Rœntgen, des troubles trophiques du tabès et de la syringomyélie,** par R. Kienboeck (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

Ces rayons montrent, dans les *arthropathies typiques*, dépourvues d'inflammation suppurative accidentelle, du tabès et de la syringomyélie : que l'articulation est luxée par déformation et fracturée ; que les extrémités articulaires sont usées par le frottement, qu'elles ont proliféré ; que l'appareil ligamenteux est ossifié, ainsi que les tendons et les muscles autour de l'articulation; enfin que les trabécules osseuses sont éburnées, raréfiées, dissociées. Ils montrent le détail des *altérations des os* dans les *inflammations suppurées* et *abcès* qui passent généralement inaperçus chez les syringomyéliques à cause de leur indolence, durent longtemps et aboutissent à des destructions profondes.

A ce propos, l'auteur proclame que tout processus suppuratif

inflammatoire grave, celui du panaris par exemple, peut à lui seul déterminer une *décalcification passagère des os*. Dans l'ostéite, les sels de chaux peuvent presque totalement disparaître du cartilage osseux, passagèrement.

Les *fractures spontanées* du tabès et de la syringomyélie tiennent à une friabilité anormale des os longs due principalement à une disposition anormale des trabécules osseuses (structure pathologique), et à des altérations de la substance fondamentale organique.

On voit également par les rayons Rœntgen les lésions prévues du squelette dans les *scolioses* et *difformités thoraciques* de la syringomyélie. L'augmentation de volume des mains et des pieds, dans cette maladie, tient finalement, au moins pour une petite part, à l'augmentation de volume, avec modification de forme, des os; l'hyperémie passive y joue un grand rôle, comme dans les doigts en baguettes de tambours de la cyanose cardiaque.

P. Keraval.

XXI. Nouveau procédé d'imprégnation à l'argent, pour colorer les cylindraxes; par J. Fajersztajn (*Neurolog. Centralbl.*, XX, 1901).

Ce procédé, applicable aux pièces durcies à la formaline ou à l'acide chromique, à quelque moment qu'ait été pratiquée l'autopsie, convient aussi aux tissus frais et à l'embryologie. Les coupes seront effectuées au microtome à congélation, mais celle-ci sera modérée pour les pièces durcies à l'acide chromique qu'on laissera dégeler avant de les transporter dans l'eau. Les coupes, reçues dans l'eau distillée, seront lavées largement (pièces formiques), ou superficiellement (pièces chromiques).

On prépare un bain d'azotate d'argent ammoniacal (formule : $Ag\,Az\,O^3 + 2Az\,H^3$), qui ne sent plus du tout l'ammoniaque, dans lequel celle-ci fait corps avec le sel d'argent. On a, d'autre part, à sa disposition des solutions d'ammoniaque à 10 et à 1 p. 100, une solution d'hydroxyde de sodium à 0,3 p. 100, une solution d'eau de baryte à 10 p. 100. On remplit quatre verres de montre : *a*. du bain d'argent ; *b*. du bain d'argent additionné de 1 à 2 gouttes de solution ammon. à 1 p. 100 ; *c*. du bain d'argent additionné de 2 à 3 gouttes de cette dernière, et de 1 à 2 gouttes de la solution sodique ou barytique ; *d*. du bain d'argent additionné de 1 goutte de solution ammon. à 10 p. 100 et de 2 à 5 gouttes de solution sodique ou barytique. Le bain d'argent pauvre en AzH^3 donne, au moment où l'on ajoute de la soude ou de la baryte, un précipité d'Ag^2O, qui se redissout en agitant ; sinon, il faut ajouter une autre goutte de solution ammoniacale à 1 p. 100.

Les coupes sont directement passées de l'eau distillée dans chacun des verres de montre et laissées cinq, dix, ou vingt mi-

nutes dans la solution d'argent. Si celle-ci est riche en AzH^3, les coupes peuvent y demeurer plus longtemps; en est-elle pauvre ou exempte (bain-type), les coupes, au bout de deux-cinq minutes, prennent une coloration rouge jaunâtre. C'est le moment de réduire en mettant la coupe sur le porte-objet dans une goutte de solution de formaline à 5 p. 100.

On examine alors au microscope. Si la coloration est réussie, on dépose la préparation dans l'eau distillée. On doit obtenir une coloration gris foncé, ou tirant sur le brun jaune. Tous ou presque tous les cylindraxes sont alors d'un brun intense ou d'un noir de jais sur un fond incolore ou jaunâtre diffus : ils ne doivent pas présenter de granulations. Les cellules nerveuses sont invisibles ou très faiblement colorées en brun jaunâtre : parfois elles sont noires avec les origines dendritiques. Les expansions terminales péricellulaires des fibres nerveuses restent d'ordinaire incolores, bien que, dans les préparations heureuses, chaque cellule à peu près soit enlacée d'un épais enchevêtrement de fibrilles très fines. Il existe des exemples de colorations parfaites des cellules et des ramifications terminales. Souvent aussi la coloration du brun au noir s'étend aux noyaux des cellules, aux hématies, aux noyaux, aux fibres et aux cellules de la névroglie.

Des précautions spéciales sont à prendre pour les préparations durcies à l'acide chromique (voir le mémoire). Le dessin microscopique est le même sauf que le fond est d'un jaune plus sombre.

On différencie et fixe en immergeant les coups dans une solution de chlorure d'or à 0,3 p. 100 : 1 à 3 gouttes pour 10-15 centimètres cubes d'alcool à 96. La coloration des cylindraxes s'affirme tandis que le fond devient d'un rouge rosé ou violet. On peut encore fixer au platine ($Pt\,Cl^4$.) : en ce cas on évite le fond rougeâtre. Inclure dans le baume du Canada sous couvre-objet.

Après une minutieuse description de pièces ainsi préparées, l'auteur reproche à son procédé d'être capricieux. Mais les colorations partielles offrent encore beaucoup d'intérêt. P. Keraval.

XXII. Application au diagnostic des neurasthénies et hystéries traumatiques de l'enregistrement de la pression sanguine, par H. Strauss. (*Neurolog. Centralb.* XX. 1901).

Il serait particulièrement précieux de déjouer la simulation s'il était établi que, par la méthode de Gærtner, on fût en mesure d'obtenir des signes physiques précis, dans des conditions déterminées. L'auteur examine les sujets de 10 heures à midi, après le petit déjeuner, assis; il procède sur l'indicateur gauche tenu à la hauteur du cœur, et exécute plusieurs notations l'une après l'autre en éliminant la première qui généralement fournit le chiffre le plus élevé. Dans ces conditions, le manomètre à mercure marque

en moyenne, chez l'*homme sain* 90-100 millimètres, plus près de 90 que de 100.

Chez les individus atteints de *névrose traumatique*, indemnes d'artériosclérose, de néphrite chronique, de saturnisme chronique, âgés de trente-six ans, non suspects, par conséquent, d'artériosclérose au début, au nombre de neuf, il a, sur 25 séances, relevé, au tonomètre de Gærtner, 21 fois les chiffres de 100-130 millimètres, une fois celui de plus de 130, 3 fois le chiffre de 95 millimètres. Ce dernier concernait des malades depuis longtemps en traitement : les autres se rapportaient généralement au début de l'affection.

Par suite, si chez des personnes soupçonnées d'une névrose fonctionnelle, indemnes d'artériosclérose, de néphrite, de saturnisme chronique, on constate à plusieurs reprises des chiffres tonométriques élevés, on est autorisé à croire que le soupçon, déjà basé sur d'autres signes, est confirmé. Cette *hyperpression*, bien établie avec les précaution d'usage, par un observateur maître de la méthode, a rang de signe diagnostique pratique.

Dans une observation toute récente de névrose cardiaque traumatique M. Strauss a noté 135 millimètres de Hg., tandis que dans un cas de dilatation du cœur, d'origine traumatique, sans lésion valvulaire, la pression était de 50-80 millimètres.

Le tonomètre permet encore de constater matériellement l'existence de *points douloureux*. Dans cinq cas de névrose traumatique la pression sanguine a monté de 15, 20, 25, 35 et même 40 millimètres, au moment où l'on a pressé sur les points en question. Dans la sciatique, alors que l'on presse sur le nerf malade, elle s'élève de 25 et de 30 millimètres. Chez les sujets sains, le pincement douloureux de la peau provoque une hyperpression de plus de 15 et de 20 millimètres. Il s'agit de déterminer le rapport entre l'hyperpression et l'intensité de la douleur fonction de la compression, et d'enregistrer comparativement les chiffres tonométriques qui correspondant aux points douloureux signalés par les patients et ceux qui correspondent aux points symétriques soumis à une pression d'égale intensité.

Il convient encore de trouver les lois de la pression sanguine, en relation avec l'effort physique et la tension d'esprit : elle s'élève assez souvent sous cette influence de 10 et de 20 millimètres chez les individus bien portants. P. KERAVAL.

XXIII. **Une modification nouvelle de la méthode d'imprégnation argentique de Golgi**, par H. GUDDEN. (*Neurolog. Centralb.* XX, 1901).

L'auteur recommande de substituer au nitrate d'argent le *lactate d'argent*, (marque Heyden), dissous dans l'eau distillée à 1/15. Il aurait l'avantage de colorer un plus grand nombre de cellules avec

leurs prolongements, et de pénétrer à une profondeur de 2 3 centimètres. Les pièces préparées ainsi ont fourni de belles images bien qu'elles aient été traitées dans de mauvaises conditions : il s'agissait en effet de morceaux de cerveau et de cervelet de paralytiques généraux, dont on avait pratiqué l'autopsie seize heures seulement après la mort; ils n'avaient séjourné que quatorze jours dans le mélange de : bi-chromate de potasse 2,50, eau distillée 100, formol à volonté. P. Keraval.

XXIV. **Contribution à la question de la transmissibilité héréditaire de l'épilepsie du cochon d'Inde de Brown-Séquard, par M.** Sommer. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901).

M. Sommer maintient que l'épilepsie artificielle expérimentale acquise du cochon d'Inde ne se transmet pas à la lignée pourvu que les animaux soient vigoureux et bien soignés. Est-ce que les accès convulsifs décrits par Brown-Séquard et Obersteiner chez les jeunes ne dépendraient pas d'une décrépitude généralisée? Voici les expériences projetées. Faire reproduire des cobayes rendus épileptiques soumis à une bonne hygiène et à un régime satisfaisant; en faire reproduire d'autres traités dans des conditions inverses. Si l'on obtient de la première série une postérité vigoureuse et indemne d'accidents convulsifs, tandis que les petits de la seconde seront décrépits et peut-être épiletiques, la preuve sera établie. P. Keraval.

XXV. **De la brachybiotie congénitale de certaines parties du système nerveux**, par Adler. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901).

Quand la vie sexuelle disparaît, les organes de l'économie subissent une atrophie de la substance active et la multiplication du tissu interstitiel (hypertrophie de la prostate par ex.). L'atrophie rapide du cerveau sénile détermine la *démence sénile*; il peut aussi se produire une atrophie cérébrale prématurée, qui entraîne la *démence juvénile*. Mais ces formes précoces de la dégénérescence nerveuse si caractérisées par l'*hérédoataxie cérebelleuse*, l'*ataxie spinale héréditaire*, la *paralysie bulbaire progressive*, l'*atrophie musculaire progressive*, laissent supposer que des organes entiers ou des portions d'organes ont reçu une construction défectueuse qui leur mesure dès la naissance leur vitalité, leur énergie biologiqne, et les condamne à périr au bout de peu de temps. Cette idée convient à la *paralysie agitante*, à *la sclérose latérale amyotrophique*, à *l'hémiatrophie faciale progressive*, à nombre de cas de *paralysie spinale spasmodique*, à la *myélite chronique de la femme*. à quelques faits d'*atrophie du nerf auditif* et du *nerf optique*. Seulement on ignore l'essence de la structure ou prédisposition anomale et pourquoi elle porte suivant le cas sur tel ou tel

domaine. Il doit exister du reste d'autres appareils éphémères, si l'on en juge d'après maints cas de sclérose de l'oreille moyenne, d'emphysème pulmonaire, d'atrophie de la *muqueuse* gastrique et intestinale, de sclérodermie diffuse, de néphrite interstitielle. d'artériosclérose, d'arthrite déformante. P. KERAVAL.

XXVI. **Le réflexe cornéo-mandibulaire**, par F. de SOELDER. (*Neurolog. Centralblatt* XXI, 1902).

Priez le sujet d'ouvrir légèrement la bouche, tirez la lèvre inférieure en bas de façon à découvrir la rangée inférieure des dents, et touchez la cornée : le maxiliaire inférieure se déplace alors transversalement du côté opposé à celui de la cornée excitée. C'est le résultat de la contraction du ptérygoidien externe du côté de la cornée excitée. Le réflexe est lent. En répétant l'excitation, il s'épuise au bout de deux ou trois mouvements, mais il reparaît après dix à vingt secondes de répit. On ne l'obtient pas chez tout le monde parce que le contact de la cornée détermine simultanément d'autres mouvements musculaires incoercibles. Chez ceux qui sont à cet égard plus tolérants, le réflexe cornéo-mandibulaire apparaît net dans la moitié des cas, et simplement esquissé chez la plupart des autres.

La branche centripète de l'arc réflexe doit occuper la portion sensitive du trijumeau; la branche centrifuge en occuperait la portion motrice. Le centre réflexe réside prohlablement dans le noyau moteur de la cinquième paire.

Il est curieux de noter l'association fonctionnelle entre l'orbiculaire de l'œil et le ptérygoidien externe, le contact de la cornée produisant simultanément le réflexe cornéen et le réflexe cornéo-mandibulaire. N'arrive-t-il pas souvent que des mouvements palpébraux s'accompagnent de mouvements involontaires des maxillaires et qu'inversement des mouvements des maxillaires s'accompagnent de mouvements involontaires des paupières? Ce sont des mouvements associés préformés.

Ce réflexe cornéo-mandibulaire persiste quelquefois alors que le réflexe cornéen a disparu, dans les cas de coma consécutif aux métastases carcinomateuses du cerveau, au ramollissement embolique du délire aigu, aux foyers de ramollissement syphilitique de la protubérance, à l'épilepsie : dans ces cas-là le réflexe en question était le seul que l'on pût obtenir. P. KERAVAL.

XXVII. **De la fatigue des réflexes tendineux et de la valeur diagnostique de ce symptôme dans les affections nerveuses**, par W. de BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902.

Répétition du même article en russe de l'*Obozrénié psichiatrii* V. 1900. Déjà analysé. P. KERAVAL.

XXVIII. **Le réflexe trigémino-facial et le phénomène de Westphal et Pilz**, par H. Lakacz. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Le réflexe sus-orbitaire de Mac Carthy, Bechterew, Hudovernig, est connu de tous les neurologistes. La contraction de l'orbiculaire des paupières ne survient-elle pas à tout contact inattendu et rapide de la face? Il existe cependant quelques points dont la percussion, si souvent qu'on la répète, produit invariablement cette réaction. Ainsi, le front, et le trou sus-orbitraire. Celle de l'os malaire la détermine presque toujours; pour les autres régions, cela dépend de l'état de l'excitabilité réflexe et non seulement selon les individus mais aussi suivant les moments.

Cette contraction de l'orbiculaire a lieu des deux côtés même chez le nouveau-né, même chez l'adulte à fermer ses yeux alternativement. C'est un réflexe, car on peut le provoquer en frappant sur le maxillaire inférieur trop éloigné du frontal pour qu'on puisse alléguer la transmission directe des vibrations osseuses au muscle lui-même. De plus, dans la paralysie faciale, totale, la percussion du point sus-orbitaire se traduit par la contraction en question du côté sain et sa suspension du côté paralysé. La contraction du côté sain a également lieu quand on frappe sur le point d'émergence du faciale paralysé, dans les cas d'hyperexcitabilité s'entend. C'est bien là du réflexe. Lorsque la paralysie faciale s'améliore. ce dernier procédé fait contracter l'orbiculaire avant même que l'innervation volontaire soit encore possible. Cette correspondance s'explique par les riches anastomoses entre facial et trijumeau. La résection du trijumeau fait disparaître le réflexe.

En même temps que ce réflexe, on voit la pupille d'abord diminuer puis se dilater. Si l'on répète plusieurs fois l'expérience en peu de temps, on détermine de la mydriase. Cette réaction s'effectue, quelle que soit la manœuvre employée, qu'il s'agisse d'une pupille normale ou d'une pupille immobile à la lumière, même d'yeux amaurotiques. Ce phénomène a lieu en outre dans la paralysie faciale totale alors qu'il ne se produit pas de contraction de l'orbiculaire. Jamais concurremment le globe oculaire n'exécute de mouvement de rotation dans l'orbite. Comme cette réaction pupillaire a pu être engendrée en des cas où les autres réactions des pupilles étaient éteintes, il y a lieu de croire qu'elle procède d'un arc réflexe périphérique.

Impossible d'assigner au réflexe orbiculaire, pas plus qu'à la réaction pupillaire, de valeur diagnostique. C'est tout au plus si le retour du premier indiquerait l'amélioration de la paralysie faciale. Quant au phénomène pupillaire, peut-être pourrait-il servir, comme le veut Galassi, à distinguer une paralysie périphérique de l'oculomoteur commun d'une paralysie centrale.

P. Keraval.

XXIX. Un système de fibres peu connu situé à la périphérie du segment antérolatéral de la moelle cervicale, par W. de Bechterew. — Le faisceau d'Helweg, par H. Obersteiner. (*Neurolog. Centralbl.* XX. 1901).

Le faisceau olivaire de Bechterew, faisceau triangulaire d'Helweg (voy. Archives de Neurologie 1895, t. XXX, p. 144): n'est pas un faisceau ascendant, c'est un faisceau descendant, comme en témoignent les observations de Meyer (Leitungsbahnen p. 302) et de Reinhold (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. X. 1897). Dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible d'affirmer qu'il vienne des olives inférieures; mais il en est voisin, et par suite, mieux vaut l'appeler faisceau *périolivaire*. Ses rapports avec les olives en question seraient néanmoins supposables quand on voit une hémorrhagie de la calotte au niveau du noyau du facial et de l'oculomoteur externe s'accompagner de dégénérescence du faisceau central de la calotte, de la grosse olive et du système de fibres qui nous intéresse (Meyer), du côté correspondant au foyer; ce faisceau a encore été trouvé dégénéré en un cas d'hémorrhagie du plancher du quatrième ventricule, toujours du même côté (Reinhold). Spiller (Brain 1900, XXII), dans une observation d'hémorrhagie de la base ayant atteint la capsule externe, le noyau lenticulaire, lá partie postérieure de la capsule interne et la couche optique, a constaté la dégénérescence d'un tractus de fibres qui, dans la région protubérantielle, était à côté du faisceau pyramidal, et plus bas descendait à la moelle en dehors des grosses olives.

Ce faisceau n'a en tout cas pas de relation avec le faisceau pyramidal, car il se revêt de fibres myéliniques plus tard que ce dernier; puis, tandis que celui-ci se compose de fibres myéliniques assez épaisses, le faisceau périolivaire contient des fibres extrêmement fines, pauvres en myéline.

M. Obersteiner fournit une nouvelle observation de dégénérescence descendante du faisceau d'Helweg. Il s'agit d'une tumeur sphérique de 3,5 centimètres de diamètre, occupant le plancher au quatrième ventricule du côté droit, qui avait comprimé le tiers supérieur de l'olive et détruit le tissu nerveux en arrière de celle-ci (figures). L'analyse montre une dégénérescence descendénte du faisceau d'Helweg : on la peut suivre jusqu'au début de la moelle dorsale. Il est cependant impossible d'en préciser l'origine cérébrale. Mais il est extrêmement probable que la plupart des fibres dégénérées devaient leur lésion à l'action de la tumeur sur la partie située en arrière de l'olive.

Celles des fibres dégénérées qui pénètrent dans l'olive par le hile ou qui y entrent après avoir traversé son feuillet postérieur, seraient des fibres descendantes appartenant à l'olive (faisceau

central de la calotte?), plutôt que des éléments du faisceau d'Helweg. P. KERAVAL.

XXX. Coloration des cylindraxes, par L. KAPLAN. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901).

On fait durcir dans le liquide de Muller, pendant trois mois au plus; on transporte un jour dans l'alcool à 80°, un jour dans l'alcool à 95°. un jour dans l'alcool absolu; on inclut dans la celloidine ou dans la paraffine. On colore au moyen d'une solution dans l'eau à 10 p. 100 de l'encre anthracéno-ferro-gallique de Léonhardi (Dresde), soit, ce qui vaut mieux, au bain-marie à 35°, soit à froid, ou à froid après avoir chauffé un instant : un long séjour de la coupe dans le liquide colorant n'est pas nuisible. On lave ensuite rapidement à l'eau. La différenciation s'opère dans l'hypermanganate de potasse à 0,25 ou 1 p. 100 : on atténue par l'acide sulfurique à l'état naissant. Enfin, on lave rapidement à l'eau, on déshydrate dans l'alcool à 80°, à 95°, à 100°, on sèche au carbolxylol ou à l'essence de cajeput, on monte au xylolcolphane. Il semble que l'on colore ainsi une substance du cylindraxe qui paraît ne pas commencer immédiatement à la cellule et ne pas aller jusqu'à l'extrémité des fibres. P. KERAVAL.

XXXI. Observation de ramollissement superficiel de tout le territoire irrigué par l'artère sylvienne, par G. BIKELES. (*Neurolog. Centralbl.* XX, 1901).

Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans, pâle, presque cyanotique, cardiaque et tuberculeux, qui, en deux jours, présente les signes graduels d'une paralysie du membre supérieur gauche et de la moitié gauche de la face, et d'une parésie du membre inférieur du même côté. Légère parésie de l'orbiculaire palpébral gauche, paralysie totale du facial inférieur aux mouvements volontaires comme à la mimique. Intrégrité de la branche motrice du trijumeau. Déviation de la langue à gauche : elle se meut bien moins facilement vers la gauche que vers la droite. Diminution de la sensibilité tactile et douloureuse sur toute la moitié gauche du corps, y compris la face : la sensibilité thermique est diminuée à gauche, sauf au visage. On diagnostique un arrêt de développement de la cloison ventriculaire. avec rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire, phtisie pulmonaire, thrombose veineuse du membre inférieur gauche ayant produit une ambolie de la sylvienne dans la région de la capsule interne.

L'*autopsie*, pratiquée deux mois et demi après le début des accidents. montre ce qui suit. Au niveau de la convexité de l'*hémisphère droit*, la pie-mère, dans la région du lobe temporal et du lobule pariétal inférieur. contient quelques caillots presque unifor-

mément répartis, faciles à détacher. On les retrouve dans la scissure de Sylvius, où l'artère est bouchée en grande partie par un caillot blanc qui adhère un peu à la paroi. Une coupe traverse et perpendiculaire du cerveau révèle une infinité de foyers de ramollissement plus ou moins volumineux, conglomérés et même confluents, dans l'écorce et au-dessous de l'écorce de la troisième frontale (3 centimètres de sa portion antérieure exceptés), des deux tiers inférieurs des ascendantes, — de la première temporale, — de tout le lobule pariétal inférieur, — en un mot dans *tout le territoire irrigué par l'artère sylvienne droite*. Ces foyers pénètrent de 3 centimètres dans la substance blanche du lobule pariétal inférieur; de 2 centimètres dans celle de la pariétale ascendante; de 1-2 centimètres dans celle de la frontale ascendante : dans la troisième frontale, mosaïque de foyers superficiels et un peu plus profonds.

La dégénérescence du faisceau pyramidal, nette, mais peu intense, cesse à l'extrémité supérieure de la moelle dorsale : cela s'explique, puisque l'extrémité inférieure n'a été que peu paralysée, et que le tiers supérieur des ascendantes était épargné complétement. Le bulbe présente uniquement la dégénérescence du faisceau pyramidal correspondant : intégrité du ruban de Reil. Dans la protubérance, le ruban de Reil principal est un peu atteint; évidemment il s'agit de quelques fibres motrices mélangées à cet organe (Hoche). Dégénérescence étendue mais non profonde du faisceau pyramidal droit de la protubérance : un très grand nombre de fibres antérieures dépassent la ligne médiane pour se perdre entre les trousseaux de fibres du faisceau pyramidal du côté opposé.

Le genou et la branche postérieure de la capsule interne, sont, comme les ganglions de la base, indemnes de tout foyer de ramollissement. On y retrouve la dégénérescence habituelle des hémiplégies, bien que les fibres du faisceau pyramidal destinées au membre inférieur n'aient pas considérablement souffert. De plus, tandis que le noyau médian de la couche optique est intact, le noyau latéral contient un assez grand nombre de fibres dégénérées, non-seulement près de la capsule interne, mais dans tout le noyau. C'est inexplicable. L'étude du pédoncule cérébral montre que comme l'a dit Mellus (Journal of nerv. and ment. disease, 1899), les fibres des pyramides destinées aux diverses parties du corps (à l'extrémité supérieure, à l'extrémité inférieur, au facial), se mélangent les unes aux autres déjà dans la capsule interne.

En somme l'observation est curieuse par les détails anatomopathologiques sus-résumés, par l'absence de dégénérescence des fibres propres du ruban de Reil malgré le ramollissement étendu des ascendantes et du lobule pariétal inférieur. Elle l'est encore par la paralysie limitée au facial inférieur et à l'hypoglosse expliquée par la conservation de la racine motrice de la cinquième paire,

des nerfs oculomoteurs et de la branche frontale du facial, et l'intégrité d'un petit nombre de fibres entre les innombrables foyers de ramollissement. Enfin l'hémi-anesthésie tactile, douloureuse, thermique ne peut être regardée que comme fonctionnelle, puisqu'il n'y avait pas de foyers de ramollissemeut dans la capsule interne et dans les ganglions de la base, et que le centre du membre inférieur était conservé. P. Keraval.

XXXII. Coloration du système nerveux à l'aide du rouge Magenta, par P. Zosin. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Durcissement dans la liqueur de Müller. Inclusion dans la celloidine. Placement dans l'alcool. Couper. Colorer pendant vingt minutes à une heure par le rouge Magenta à 1 p. 100 : les coupes deviennent rouges. Laver à l'eau ou, au besoin, laisser les coupes dans l'eau pendant une demie heure au plus. Laver les coupes à l'alcool absolu jusqu'à ce qu'il ne s'en sépare plus de flocons colorés, et jusqu'à ce que la substance grise tranche nettement par sa coloration rouge sur la substance blanche jaune. Xylol, baume du Canada, couvre-objet. Les manchons de myéline sont jaunes, les cylindraxes bruns, les noyaux rouge-brun, le tissu scléreux et la névroglie rouge-violet; les cellules nerveuses sont rouges. La coloration est plus nette que dans la méthode de van Gieson et le procédé est plus simple, plus rapide. P. Keraval.

XXXIII. Contribution à l'anatomie pathologique de la tétanie d'origine gastrique, par Rossolimo. (*Neurolog. Centralbl.* XXI, 1902).

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans souffrant depuis quinze ans d'une dyspepsie qui a nécessité des lavages de l'estomac. Ces troubles prennent une forme aiguë le 21 décembre 1900. Il a de la lourdeur de tête, se lave l'estomac, vomit s'affaiblit, a de la peine a s'exprimer. Le 22, insomnie accompagnée de contraction convulsive des mains et des pieds : il lui semble que ses extrémités sont serrées avec des cordes. Les globes oculaires se meuvent moins aisément; des sueurs profuses apparaissent; les contractures cèdent la place à du délire. Le 24, le creux de l'estomac est douloureux, l'équilibre est difficile, on constate le signe de Romberg, la disparition des réflexes partellaires, du myosis, le défaut de réaction des pupilles. Membres inférieurs en adduction : douleurs dans les jambes dûes à la tension musculaire.

Du 25 au 28, le malade reste au lit étendu sur le dos comme s'il était rivé à sa couche. Les membres inférieurs allongés ont leurs orteils fléchis en griffe; les membres supérieurs sont en demi-flexion, les doigts sont fortement fléchis. Tous les muscles des extrémités du tronc, du cou, de la face présentent un état de tension très marqué. La physionomie a l'aspect du masque de

tragédie; l'inquiétude y est renforcée par un nystagmus léger des globes oculaires, l'injection des conjonctives, de courtes convulsions cloniques des muscles du visage. De temps à autre le patient pousse un son rauque expiratoire et bref; la parole est de plus en plus difficile et inintelligible. Bientôt survient du délire avec hallucinations visuelles. La connaissance s'obscurcit progressivement. La contracture s'exagère par instants; la respiration devient alors saccadée et superficielle, la flexion des orteils et des doigts augmente. Hyperexcitabilité mécanique, faradique et galvanique. Dysphagie, albuminurie énorme.... Enfin, coloration cyanotique de la face et des membres, sueurs continues, pouls fréquent et tendu de plus en plus faible, T. 39 et 40, mort.

Autopsie. — Hyperémie veineuse notable des méninges cérébrales. Hyperémie très marquée des méninges et de la substance grise de la moelle. Néphrite double. Le pylore est le siège d'un rétrécissement cicatriciel probablement consécutif à une gomme.

Les muscles, friables, présentent une faible striation transversale de leurs fibres, tandis que l'on trouve une striation longitudinale parfois très nette. Les noyaux du sarcolemme, par places augmentés de nombre, sont çà et là disposés en files, en chaînettes. Les nerfs périphériques et les racines antérieures ou postérieures témoignent de la dégénérescence de leur myéline. Les cylindraxes y sont tantôt épaissis en fuseaux, tantôt entortillés en tire-bouchons. Dégénérescence myélinique irrégulièrement distribuée de la substance blanche du nerveux central.

Les cellules de la moelle et du cerveau sont le siège d'altérations de beaucoup moins nettes et moins nombreuses; quantité d'entre elles sont normales. Les altérations éventuelles consistent soit dans le déplacement du noyau, soit dans la chromatolyse centrale avec pulvérulence des grains chromatophiles, soit, pour quelques-unes, dans la réduction en poussière du protoplasma.

Intégrité des cloisons conjonctives et de la névroglie. Intégrité des parois vasculaires : simple injection des veines et des capillaires.

P. KERAVAL.

XXXIV. Les signes objectifs des troubles de la sensibilité suggérés pendant l'état hypnotique, par W.-M. BEKHTEREW et W. NARBOUTTE. (*Obozrénié psichiatrii.* VII, 1902).

Expériences méthodiques sur l'influence que peuvent exercer l'anesthésie et l'hyperesthésie suggérées sur la respiration et le pouls avant, pendant, après l'état hypnotique : effet sur la courbe respiratoire et sphygmique de l'excitation douloureuse d'origine électrique, en se mettant soigneusement à l'abri des causes de supercherie et d'erreur. Etude dans les mêmes conditions des modifications de la pupille.

Pupille. — A l'état de veille les pupilles se dilatent sous l'influence de la douleur. Suggère-t-on à l'hypnotisé une anesthésie profonde celles-ci ne réagissent plus quelle que soit la piqûre qu'on pratique ; lui suggère-t-on qu'il va ressentir une piqûre extrêmement douloureuse, il suffit de le toucher avec l'extrémité mousse de l'épingle pour que ses pupilles se dilatent. La suggestion d'un état d'hypéresthésie ne présente pas de phénomènes différents de ceux qui ont lieu à l'état de veille. Il est difficile chez les personnes dont les pupilles sont larges de surprendre une réaction à la douleur.

Respiration et pouls. — Dix observations accompagnées de tracés. Dans la plupart des cas de *sommeil hypnotique profond*, la respiration est un peu ralentie, l'amplitude même des ondes respiratoires est diminuée ; quand le sujet passe de l'état de veille à l'état hypnotique, il fait quelques excursions respiratoires profondes et pendant quelque temps sa respiration devient un peu accélérée. Le pouls n'admet pas une telle précision. Suggère-t-on l'anesthésie, l'excitation sensitive à l'aide du courant électrique n'exerce souvent presque aucune action sur le rhytme de la respiration et du pouls, tandis que ces fonctions offrent à l'état de veille, dans les mêmes conditions, des oscillations marquées. La régularité de ce signe rigoureusement proportionnel à l'intensité de l'anesthésie suggérée fait de celle-ci un fait réel, effectif; elle n'est pas le produit de l'imagination, et, comme telle, accompagnée du signe en question, peut servir à distinguer une suggestion réelle d'une suggestion simulée. Le sytème circulatoire réagit aussi notablement moins alors que pendant l'état de veille, tandis que si l'on suggère l'hypéresthésie, les excitations douloureuses se répercutent sur le tracé du pouls selon la réaction de l'activité cardiaque : la courbe est tantôt très élevée, tantôt basse. P. Keraval.

XXXV. **De la syringomyélie**, par L.-M. Orleansky. (*Obozrénié psichiatrii*, VII, 1902).

Revue suivie d'une observation personnelle. La syringomyélie évolua sous la forme d'une sclérose latérale amyotrophique hémilatérale. Autopsie.

Conclusions générales. — Les cavités de la moelle doivent pour le moment être envisagées comme le produit final des processus pathologiques les plus différents. La variété capricieuse du tableau clinique de la syringomyélie s'explique par la variété des localisations des cavités et des processus générateurs. La dissociation des troubles de la sensibilité ne peut être regardée comme le symptôme pathognomonique de la syringomyélie. — Le diagnostic des cavités pendant la vie est extrêmement difficile, parfois tout à fait impossible; il est toujours conjectural. P. Keraval.

XXXVI. **De l'influence de l'écorce du cerveau et des ganglions sous-corticaux sur la contraction de la rate**, par E.-W. Eriksonn. (*Obozrénié psichiatrii*). VI, 1901.

Conclusions. — 1° Sous la pression constante du sang, la rate se contracte et se dilate alternativement en un rythme régulier qui lui est propre. — 2° Ce rythme persiste quand on lie les artères spléniques. — 3° Il existe certainement une relation intime entre la pression sanguine et les dimensions de la rate, que l'on peut à volonté augmenter ou diminuer jusqu'à un certain point en provoquant l'hypopression ou l'hyperpression du sang. — 4° L'écorce des hémisphères cérébraux donne naissance à des conducteurs qui influencent le rythme de la rate indépendamment de l'effet vasomoteur. — 5° De toute l'écorce, c'est la région de la circonvolution sigmoïde qui agit le plus sur la contraction de la rate. — 6° Et, de cette région, c'est la partie moyenne du segment postérieur qui est la plus active. — 7° En sus de conducteurs vasomoteurs, l'écorce donne naissance à des tractus purement moteurs de l'organe. — 8° Les corps striés exercent une influence vasomotrice sur l'organe. — 9° Les couches optiques exercent sur la rate une double influence vasomotrice et purement motrice. — 10° Dans la profondeur du tiers antérieur de la couche optique se trouve un centre sous-cortical de la rate. — 11° Tous les troubles de la respiration et de la circulation se répercutent incontinent sur les dimensions de la rate et leur rythme. — 12° Les nerfs vagues ne livrent passage à aucun conducteur centrifuge de l'organe. — 13° Les voies centrifuges et centripètes de la rate passent par les grands splanchniques de deux côtés. — 14° L'influence de la région cervicale et dorsale de la moelle sur l'organe diminue graduellement de haut en bas. — 15° Le ganglion semi-lunaire contient un centre dont l'activité aboutit à la protection du rythme normal et de la tonicité musculaire de la rate. — 16° Le retour de l'organe à la normale a lieu plus lentement que le rétablissement de la pression sanguine générale. — 17° L'attaque épileptoïde entraîne, à la période tonique, la dilatation de la rate, à la période clonique, une vive contraction de longue durée, qui survit encore quelque temps à la cessation de l'attaque, qu'on ait ou non lié les artères spléniques. — 18° Quand on a complètement coupé les nerfs spléniques, l'attaque épileptoïde détermine encore le gonflement à la période tonique, la contraction à la période clonique.

P. Keraval.

XXXVII. **Dégénérescence des couches optiques** (*note préliminaire*), par J.-B. Blachford. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).

L'auteur rapporte quatre observations dont une seule est accompagnée d'autopsie : les points symptomatologiques principaux de

ces cas peuvent se résumer ainsi : 1er cas : homme atteint de manie, cicité, réflexes pupillaires abolis, réflexe du genou aboli, pas d'ataxie, syphilis. — 2e cas : homme de 39 ans, dément, cécité, réflexes pupillaires paresseux, puis abolis, pas d'ataxie, réflexe du genou bien conservé ; syphilis. — 3e cas : homme de 33 ans, dément, réflexes pupillaires abolis, puis reparus normalement; vision défectueuse, puis améliorée, sensations normales, réflexe du genou conservé, syphilis. — 4e cas : homme de 48 ans, vision défectueuse, puis améliorée, réflexes pupillaires normaux, démarche ataxique, sensations normales, réflexe du genou conservé, syphilis.

Dans le premier cas, le seul où le diagnostic ait été vérifié à l'autopsie, il existait une dégénérescence manifeste des couches optiques et des tubercules quadrijumeaux antérieurs, où les lésions toutefois étaient moins accentuées. Dans les cas sans autopsie, les symptômes ont été tellement semblables à ceux du premier cas qu'on peut logiquement les attribuer à une cause identique, et si l'on remarque que dans les trois premiers cas, l'existence de la syphilis était avérée, et que, dans les deux derniers une amélioration très accusée a succédé au traitement anti-syphilitique, on sera autorisé à conclure que cette cause est la syphilis. Si de nouveaux faits de cet ordre viennent à être observés, ils éclairciront certainement le diagnostic de plusieurs affections nerveuses dans lesquelles s'observent des phénomènes oculaires le plus souvent rapportés à la paralysie générale, à des tumeurs cérébrales, ou aux amauroses brightiques et nicotiniques. — Les symptômes cliniques paraissent ici être peu nombreux : ils se réduisent à une démence rapidement progressive avec perte de la vision, et à un léger degré d'ataxie se caractérisant par l'incertitude de la démarche plutôt que par l'incoordination du mouvement des jambes. Les réflexes du genou ont présenté chez ces malades des conditions variées, mais on sait que sauf dans les affections midullaires, ce sont des guides peu sûrs. L'absence d'autres symptômes s'explique par le siège de la lésion, et par sa nature qui n'entraîne aucune compression des parties voisines. On peut toutefois se demander pourquoi les phénomènes de sensation paraissent si peu modifiés : on s'attendrait à trouver parmi les premiers symptômes l'anesthésie générale du tronc ; elle faisait complètement défaut. Les réflexes pupillaires et la vision ont également présenté chez les malades des conditions inégales ; mais ici l'explication est plus facile et se trouve probablement dans la différence de fonctions des couches optiques et des tubercules quadrijumeaux antérieurs. Si l'on considère ces derniers comme étant surtout des ganglions réflexes, tandis que les premières seraient surtout des ganglions intercalaires entre les tractus optiques et le centre de la vision, on conçoit aisément que la prédominance des symptômes visuels sur les symptômes réflexes, et réciproquement varie suivant que c'est l'un ou l'autre

de ces centres qui a été primitivement atteint. Au point de vue clinique il est intéressant de noter le succès du traitement antisyphilitique. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXVIII. **Deux cas de lipome du cerveau**; par Adèle de STEIGER (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902.)

Nous résumons ici les deux observations que l'auteur publie surtout à cause de leur rareté.

I. — Femme de trente-huit ans, est à sa troisième attaque d'aliénation, ne dort pas, refuse de manger, de parler, mort par pneumonie. A l'autopsie : dure-mère adhérente au niveau du vertex; méninges claires non adhérentes; masse jaune, de consistance ferme, reposant sur le corps calleux, et s'enroulant en arrière sur son genou; sa longueur est celle du corps calleux, son épaisseur d'un quart de pouce. Dans le plexus choroïde du ventricule droit, un nodule jaunâtre de consistance ferme, de la grosseur d'un pois coupé en deux. Histologiquement, ces deux masses étaient entièrement constituées par du tissu adipeux, enveloppé d'une capsule fibreuse d'épaisseur inégale. Masse et capsule sillonnées de nombreux vaisseaux. Dépôts calcaires entre la tumeur et le corps calleux. — Autres organes : dégénérescence graisseuse du foie; reins granuleux.

II. — Homme de trente et un ans, atteint de paralysie : état maniaque avec idées de persécution, alcoolisme. Parole nette. Signe d'Argyll Robertson. Mort après plusieurs attaques épileptiformes. — Autopsie : membranes congestionnées, n'adhérant pas à l'écorce mais adhérentes entre elles au niveau de la surface interne des lobes frontaux. Circonvolutions petites, contractées et tassées. A droite, au niveau du lobe pariétal, plaque de ramollissement. Ecorce cérébrale mince et pâle; ventricules dilatés; granulations sur le plancher du quatrième ventricule. Au-dessus de l'espace perforé postérieur, et lui adhérant, on trouve une grosseur jaunâtre du volume d'un petit haricot. Au microscope on constate que cette tumeur est formée de tissu adipeux, avec de nombreux vaisseaux et une capsule fibreuse distincte. — Autres organes : cœur flasque et petit, foie pâle, lisse; reins granuleux.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXIX. **Sur quelques états de la moelle dans les anémies graves**, par ARCHIBALR CHURCH. (*The New-York Médical Journal*, 26 juillet 1902).

Les processus de dégénérescence consécutifs aux anémies ou associés à elles, sont en ce qui touche la moelle, une découverte récente, et l'un des premiers travaux sur cette question est celui de Nonne, qui, sur dix-sept cas d'anémie pernicieuse, a noté dix

fois un état de dégénérescence de la moelle, sur lequel dans deux cas seulement, les symptômes observés pendant la vie avaient pu attirer l'attention. On soutint d'abord que ces altérations étaient presque toujours limitées à la moitié postérieure de la moelle, et qu'elles épargnaient la substance grise ; plus tard on affirma que cette dernière courait les mêmes risques. L'examen d'un grand nombre de faits montre que les portions de la moelle dont l'alimentation sanguine est la moins riche sont les premières à souffrir les altérations dont il s'agit se traduisent par un état de sclérose. La preuve que l'anémie est le facteur principal de ces altérations est fournie par les expériences de Massars et de plusieurs autres physiologistes. Beaucoup d'auteurs pensent que, à côté de l'anémie il y a un autre facteur, le facteur toxique. Il est actuellement reconnu que ces modifications ne sont pas propres à l'anémie pernicieuse classique, mais qu'elles se rencontrent aussi dans les états cachectiques de longue durée dans la genèse desquels figure le facteur toxique ; on en observe par exemple dans le cancer. Les symptômes de cette dégénérescence sont ordinairement obscurs, et souvent masqués aux yeux du praticien par l'état général grave sur lequel ils se greffent. Dans d'autres cas, reconnus de bonne heure, ils donnent lieu à des erreurs de diagnostic, il y a d'ailleurs dans la marche de ces symptômes des fluctuations décevantes. Presque toujours les malades se plaignent de troubles des sensations (engourdissements, fourmillements, sensations de pression, de gonflement). Souvent on pense à une névrite multiple, et la diminution des réflexes qui est assez commune tend à confirmer ce diagnostic.

Ordinairement la diminution de volume des muscles ne dépasse pas le degré qui concorde avec l'état d'émaciation des anémiques, ordinairement aussi, ils répondent normalement à l'exitation électrique (sauf quelquefois dans les phases terminales, où l'on rencontre une atrophie vraie avec ses conséquences réactionnelles électriques).

On constate quelqufois de légers troubles mentaux, plutôt des changements de caractère, mais surtout une somnolence qui s'accompagne au réveil, d'un certain trouble des idées, quelquefois d'un peu de délire court et tranquille, qui semble la continuation d'un rêve.

Il existe assez souvent un degré plus ou moins avancé d'atrophie du nerf optique ; la diminution de la vision, et la réduction du champ visuel, sont la règle dans l'anémie. Les névralgies sont fréquentes. La durée de ces troubles dépend naturellement de celle de l'état anémique qui les a provoqués.

L'auteur termine par quelques observations sur le traitement, qui doit être surtout dirigé contre l'état du sang, et il relate six observations intéressantes. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XL. **Un cas de tumeur des lobes frontaux du cerveau, dans lequel le sommeil a été un symptôme très accusé**, par THOMAS PHILIP COWEN (*The Journal of Mental Science*, avril 1902).

L'auteur rapporte avec détail l'observation de ce malade, à l'autopsie duquel on trouva une volumineuse tumeur de nature sarcomateuse, elle partait des membranes et avait envahi la surface des deux lobes frontaux jusqu'à une profondeur d'environ trois pouces. Le symptôme le plus accentué que l'on ait observé chez ce malade est un sommeil persisatnt. Cet état de somnolence fut constaté pour la première fois environd eux mois après l'entrée du malade et il dura jusqu'à sa mort, à peu près six mois plus tard. Le malade dormait constamment jour et nuit, on était d'ailleurs obligé de le maintenir au lit, car il risquait de tomber et de se blesser.

Jusqu'à la fin, le sommeil ne cesse d'avoir un aspect naturel, à voir dormir le sujet, on se serait cru en présence d'une personne accablée de fatigue. On le réveillait facilement, et alors il répondait d'une manière à peu près raisonnable pendant une minute ou deux mais ensuite son attention commençait à faiblir, et il se rendormait. Même pendant ses repas, il fallait le stimuler continuellement pourqu'il ne s'endormit pas en mangeant. On ne constatait chez lui aucun autre symptôme de troubles nerveux sauf la névrite optique. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XLI. **Sur les rapports des lésions locales avec les troubles nerveux et en particulier avec la neurasthénie**, par Frédéric COGGETHALL. (*The New-York Medical Journal* 29 mars 1902).

L'auteur adopte la définition qui a été donnée de la neurasthénie : *une névrose de fatigue* et conseille de ne pas perdre de vue dans l'interprétation des phénomènes, non plus que dans leur traitement. Il insiste surtout sur ce double fait que, dans un cas de neurasthénie confirmée, on n'arrive à rien si l'on se borne à guérir l'irritation locale génératrice de la neurasthénie sans s'occuper en même temps de l'état général, et que, d'autre part, le résultat n'est pas plus satisfaisant si l'on se préoccupe exclusivement de l'état nerveux sans soigner simultanément les causes accessibles qui en sont tout au moins l'un des principaux facteurs.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XLII. **De la section des canaux déférents et de ses rapports avec le tempérament neurospsychopathique**, par H.-C. SHARP. (*The New-York Medical Journal*, 8 mars 1902)

Après d'assez longues considérations sur l'hérédité névropathique et ses conséquences fâcheuses pour la société, l'auteur rappelle

que la castration a été proposée pour remédier à cet état de choses, et que cette proposition n'est pas demenrée platonique, puisque le Directeur de l'asile des Idiots et des Imbéciles du Kausas a châtré quarante-sept de ses pensionnaires, avec des résultats très satisfaisants. Il reconnaît toutefois que la castration n'a guère de chance de devenir « populaire » et il admet que l'on n'a pas le droit de recourir à un procédé qui crée une difformité et supprime une partie des plaisirs de la vie. C'est pourquoi il préconise la section des canaux déferents, qu'il a pratiqué quarante-deux fois chez des sujets dont l'âge variait de dix-sept à vingt-cinq ans, et qui a l'avantage d'être sans danger, de laisser intacte la virilité apparente, et d'empêcher toutefois la pocréation.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. **De la démence précoce**, par le Dr MEEUS. (*Journ. de Neurologie*, 1902, n° 22).

La première partie de ce travail basée sur l'étude clinique de 40 cas de démence précoce *juvénile* a déjà été analysée dans les *Archives*[1]. La seconde partie est consacrée à l'étude de cette même maladie chez l'*adulte* et l'étude d'ensemble dans le numéro de décembre 1902, p. 542.

II. **Observations sur la démence précoce et la catatonie**; par le Dr P. MASOIN. (*Bul. de la Soc. de méd. ment.* de Belgique décembre 1902.)

L'auteur s'est attaché plus particulièrement à l'étude des symptômes d'ordre moteur si remarquables dans la forme catatonique de la démence précoce. Après avoir montré que le caractère essentiel de cette symptomatologie complexe, où les tics, les gesticulations, la mimique, les impulsions se combinent et se succèdent sans ordre est l'absence absolue de relation entre le caractère du délire et les phénomènes moteurs, M. Masoin insiste sur les analogies qui existent entre les phénomènes et et les mouvements stéréotypés et autres troubles fonctionnels du système musculaire qui sont si fréquents chez les idiots et conclut à l'identité absolue de ces symptômes moteurs avec l'automatisme de l'idiot.

[1] Analyses des numéros mars, juin et septembre du *Bull. de la Soc. de med. mentale* de Belgique, 1902.

Après cet exposé il est à peine besoin d'ajouter que M. Masoin se range au nombre des auteurs qui considèrent la catatonie comme un syndrome ne préjugeant en rien de la forme morbide où on le rencontre. A côté des termes hébéphréniques, catatonique et paramoïde de la démence précoce, il admet avec Sérieux une forme simple, qui s'installe sans manifestation délirante, évolue sans fracas, sans phénomènes moteurs bien accusés et qui n'aboutit pas à un état démentiel aussi grave que les autres variétés de la maladie.

En ce qui concerne la fréquence de la démence précoce, M. Masoin dit l'avoir rencontrée 65 fois sur les 800 malades de la colonie de Streel que comprend son service. Ct. D.

III. **Contribution à la connaissance du delirium tremens des morphinistes**; par K. Abraham. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* XXV. N. F. XIII. 1902.)

De l'observation de l'auteur il semble résulter que le délirium tremens d'origine morphinique se distingue de celui des alcooliques par la gaîté : le malade est le héros et non la victime d'un roman hallucinatoire qu'il vit ; — par la conservation de sa personnalité malgré la tendance mégalomaniaque du moi ; — par une certaine lucidité : le sujet a quelque conscience de son état morbide et, si, sous l'influence des rêves du délire, il vague désorienté, ce n'est que passager, il récupère la notion de temps et de lieu et comprend sa situation dès qu'on fixe son attention. Celle-ci est presque normale ; normale est la faculté de se repérer et, par suite de se souvenir. L'association des idées persiste excellente.

P. Keraval.

IV. — **Contribution à l'analyse clinique de l'état de négation (négativisme) chez les aliénés**; par H. Lundborg. *Centralbl. f. Nervenheilk.* XXV. N. F. XIII, 1902.

L'état de négativisme n'est certainement pas un symptôme unitaire. Il se peut que divers phénomènes compris sous ce nom tiennent à des hallucinations et à des idées fausses. La catatonie est probablement due à une auto-intoxication, les matières toxiques formées par les échanges nutritifs agissant non seulement sur le système nerveux, mais sur les muscles striés. La réaction musculaire est alors altérée à des degrés variables suivant les divers muscles. Ostermayer a noté l'hyperexcitabilité mécanique, des phénomènes de contraction idiomusculaire, de l'hyexcitabilité galvanique ; c'est peut-être cela qui se traduit par le refus de certains muscles, voire de tous, d'obéir à la volonté. Le malade est empêché de se mouvoir à sa guise, d'où raideur des mouvements, mouvements stéréotypés, ou pas de mouvements du

tout comme en certains états de stupeur où coexiste le syndrome du négativisme. Cette servitude de la locomotion augmente quand le malade se sent observé, ou quand on l'invite à exécuter un acte. Dans les cas les moins accusés, il tente, sans y pleinement réussir, de satisfaire le médecin ; dans les cas prononcés, cette invitation suffit à engendrer de l'hypertonicité musculaire et dans les muscles qui doivent accomplir le mouvement demandé, et dans ceux des régions voisines, de sorte qu'aucun mouvement n'a lieu comme dans la maladie de Thomsen : on a pris cela pour de la mutinerie. Celle-ci est naturellement admissible en bien des cas. Mais l'impossibilité mentale d'executer un mouvement voulu ou demandé est le fond de l'état de négativisme de certains catatoniques.

Observation. — Une institutrice de trente ans, à tare héréditaire, est, à l'âge de vingt-deux ans, devenue bizarre, obsédée de scrupules, incapale de sommeil, à la suite de surmenage. Le tout se complique d'hallucinations et d'idées délirantes. L'année suivante accès brusque de catalepsie. Elle en sort mais pour tomber pendant plusieurs mois en stupeur. Gâtisme. Après, amélioration de six mois. Puis, aggravation. Enfin, amélioration graduelle et maintenant, depuis plusieurs années, ce mieux est demeuré stationnaire. C'est en réalité la forme catatonique de la démence précoce.

Cette malade dit à présent qu'il lui est impossible d'avoir une attitude naturelle à l'égard de certaines personnes, notamment des médecins. Elle parle sans contrainte aux autres malades et aux infirmières, mais dès qu'elle a affaire au médecin, elle devient muette, elle prend alors en outre une attitude stéréotypée de raideur qui s'accroît encore lorsqu'on la manipule. Cet état de mutisme, de négation, de stéréotypie vis-à-vis des médecins l'inquiète : elle se plaint de ne pouvoir se conduire à leur égard comme elle le voudrait, car elle les aime bien, et affirme ne pas entendre de voix qui lui commandent une telle manière d'être. C'est de l'impuissance. Elle manifeste par des gestes sa bonne volonté de répondre aux questions qu'on lui adresse et essaie d'exécuter ce qu'on lui demande, cela d'une façon saccadée.

Les facultés sont bien conservées : une lettre d'elle à la surveillante en chef le prouve. La façon dont elle s'y exprime témoigne bien d'une certaine cérémonie et stéréotypie, mais l'intelligence est saine et le jugement n'est pas mauvais. C'est cependant une apathique des plus prononcées. Le système musculaire n'obéit pas à sa volonté.

On aurait donc grand tort de croire que l'état de négation suppose invariablement que les malades qui en sont atteints soient des récalcitrants de parti pris, des récalcitrants actifs : souvent il n'en est rien. P. Keraval.

quelques [illegible] folie [illegible]

[illegible]

que l'on observe à la période correspondante de la paralysie générale à forme mélancolique. Il faut remarquer que cette mélancolie forme un contraste frappant avec la forme usuelle de la folie chez les Arabes, qui est presque toujours la forme maniaque avec excitation, si bien que lorsqu'un Arabe donne des signes de mélancolie, on le considère immédiatement comme atteint de pellagre, et on en recherche les stigmates. Enfin il faut signaler une forme rare de folie pellagreuse, dont la description serait inverse de celle qui vient d'être faite, du moins au point de vue mental ; elle s'accompagne en effet d'idées de bien-être, de richesse, de grandeur, si bien que lorsque les stigmates pellagreux manquent de netteté, on peut avoir quelque difficulté à faire le diagnostic différentiel avec la paralysie générale. — Ce travail se termine par six observations détaillées et intéressantes.

R. de Musgrave-Clay.

VI. Un cas d'hallucinations unilatérales, et surtout musicales de l'ouïe, avec quelques remarques sur la formation des images psycho-cérébrales; par Alex. Robertson (*The Journal of Mental Science*. Janvier 1902).

Ce travail est le complément de celui que l'auteur a publié dans le *Journal of Mental Science* d'avril 1901. Le cas est celui d'un homme de soixante-seize ans, sans aucune trace d'aliénation mentale, et qui, bien que complètement sourd, a dans l'oreille droite exclusivement des hallucinations musicales : ce sont des instruments de cuivre qu'il entend, mais quelquefois la musique était accompagnée de chant. L'examen du malade pratiqué par un otologiste distingué, le Dr Barr lui a donné la conviction que la surdité avait son origine dans le tissu nerveux. Nous résumons ici les remarques que ce fait suggère au Dr Robertson. Suivant la doctrine admise en ce qui concerne les fonctions du cerveau, il est probable que la combinaison complexe de sons qui constitue un air complet ou tout autre morceau de musique, prend une forme définie et pénètre dans la conscience dans le centre correspondant de perception du lobe temporo-sphénoïdal. Il peut se faire qu'il y ait un certain arrangement des impressions dans le labyrinthe et le nerf auditif, mais en raison de la structure de ces organes, il n'est pas probable qu'il s'y accomplisse autre chose qu'un assortiment préparatoire. La réapparition dans l'esprit à des intervalles variables de la même combinaison d'impressions, du même air ou des mêmes paroles, soulève une question plus difficile, celle de savoir comment se fait du côté physique, cette réviviscence. Le même problème se pose d'ailleurs pour le réveil dans la mémoire des images sensorielles, et, par le fait, pour l'exercice de la pensée. Peut-être l'étude des faits unilatéraux est-elle propre à éclairer un

V. Quelques cas de folie pellagreuse, par John Warnock. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).

L'auteur qui dirige l'asile du Caire, rappelle que l'existence de la pellagre en Egypte a été signalée dans ces dernières années par le Dr Sandwith. Depuis 1895 les malades entrés à l'asile du Caire pour folie pellagreuse sont au nombre de 141 (92 hommes et 49 femmes) ; ils viennent presque tous de la campagne. Les symptômes les plus communs sont ceux de la mélancolie, aboutissant à la démence, assez rapidement : puis on voit apparaître l'émaciation, l'anémie avec parésie des membres inférieurs, la diarrhée intermittente et une prostration prolongée qui aboutit à la mort. La pellagre se complique toujours d'affections parasitaires (favus, anchylostome, distome de Bilhartz, etc.). Les malades sont presque toujours amenés tardivement à l'asile, en sorte que la lésion cutanée caractéristique de la pellagre a presque toujours déjà disparu ; mais son existence est attestée par l'état de la peau qui reste dénudée après l'exfoliation de l'éruption. Ces reliquats d'éruption pellagreuse se rencontrent le plus ordinairement à la face dorsale des mains et des pieds, aux avant-bras et aux jambes, et à la partie antéro-supérieure du thorax. On remarquera que ces parties sont celles qui sont le plus ordinairement découvertes dans le travail des champs. On observe aussi des plaques foncées et indurées au niveau des grands trochanters, des coudes et des genoux ; elles persistent souvent quand tout le reste de l'éruption a disparu. Celle-ci fait d'ordinaire son apparition annuellement. au printemps, se desquame et disparait jusqu'au printemps suivant. Quelques malades se plaignent de brûlures et de démangeaisons, et ces sensations cutanées ne paraissent pas étrangères à la genèse de certaines idées délirantes de sorcellerie et de persécution. Le réflexe du genou est ordinairement exagéré, bien qu'il ait fait défaut dans 45 cas. La perte de l'usage des membres inférieurs est progressive et quelquefois complète, et s'accompagne souvent de tremblements. Les muscles ne se bornent pas à s'émacier, ils s'atrophient : et le relâchement des sphincters est fréquent. L'appareil digestif est profondément atteint : la diarrhée intermittente et incoercible est un symptôme presque invariable. La langue est comme dépouillée de son épithélium (langue chauve de Sandwith). Fréquemment on trouve des gencives spongieuses et saignantes, de la cachexie scorbutique, et du gonflement parotidien.

Au point de vue mental, la forme mélancolique est la forme délirante la plus commune ; les hallucinations du goût et de l'odorat sont plus fréquentes que celles des autres sens. La démence arrive promptement, et, à la dernière période, les symptômes présentés par les malades ont une grande ressemblance avec ceux

que l'on observe à la période correspondante de la paralysie générale à forme mélancolique. Il faut remarquer que cette mélancolie forme un contraste frappant avec la forme usuelle de la folie chez les Arabes, qui est presque toujours la forme maniaque avec excitation, si bien que lorsqu'un Arabe donne des signes de mélancolie, on le considère immédiatement comme atteint de pellagre, et on en recherche les stigmates. Enfin il faut signaler une forme rare de folie pellagreuse, dont la description serait inverse de celle qui vient d'être faite, du moins au point de vue mental ; elle s'accompagne en effet d'idées de bien-être, de richesse, de grandeur, si bien que lorsque les stigmates pellagreux manquent de netteté, on peut avoir quelque difficulté à faire le diagnostic différentiel avec la paralysie générale. — Ce travail se termine par six observations détaillées et intéressantes.

R. de Musgrave-Clay.

VI. **Un cas d'hallucinations unilatérales, et surtout musicales de l'ouïe, avec quelques remarques sur la formation des images psycho-cérébrales**; par Alex. Robertson (*The Journal of Mental Science*. Janvier 1902).

Ce travail est le complément de celui que l'auteur a publié dans le *Journal of Mental Science* d'avril 1901. Le cas est celui d'un homme de soixante-seize ans, sans aucune trace d'aliénation mentale, et qui, bien que complètement sourd, a dans l'oreille droite exclusivement des hallucinations musicales : ce sont des instruments de cuivre qu'il entend, mais quelquefois la musique était accompagnée de chant. L'examen du malade pratiqué par un otologiste distingué, le Dr Barr lui a donné la conviction que la surdité avait son origine dans le tissu nerveux. Nous résumons ici les remarques que ce fait suggère au Dr Robertson. Suivant la doctrine admise en ce qui concerne les fonctions du cerveau, il est probable que la combinaison complexe de sons qui constitue un air complet ou tout autre morceau de musique, prend une forme définie et pénètre dans la conscience dans le centre correspondant de perception du lobe temporo-sphénoïdal. Il peut se faire qu'il y ait un certain arrangement des impressions dans le labyrinthe et le nerf auditif, mais en raison de la structure de ces organes, il n'est pas probable qu'il s'y accomplisse autre chose qu'un assortiment préparatoire. La réapparition dans l'esprit à des intervalles variables de la même combinaison d'impressions, du même air ou des mêmes paroles, soulève une question plus difficile, celle de savoir comment se fait du côté physique, cette réviviscence. Le même problème se pose d'ailleurs pour le réveil dans la mémoire des images sensorielles, et, par le fait, pour l'exercice de la pensée. Peut-être l'étude des faits unilatéraux est-elle propre à éclairer un

peu la question, et l'auteur veut se borner à indiquer la direction dans laquelle on pourra le mieux faire avancer cet ordre de recherches.

Chez les animaux supérieurs, les bourgeons des processus protoplasmiques et les tissus collatéraux du cylindre axe ne sont pas continus, mais seulement contigus, ce qui leur permet de recevoir des impressions venues par des routes différentes. Il est à noter en outre que, en rapport immédiat avec le corps cellulaire du neurone, il existe un reticulum peri-cellulaire intimement associé au reticulum semblable des cellules nerveuses voisines.

Cette disposition figure très bien un mécanisme propre à combiner et à unifier les parties élémentaires des images pour en former un tout harmonieux. Enfin il faut se souvenir que les molécules de la matière sont supposées douées d'un mouvement continu, mouvement que les moyens actuels mettent sous le champ de notre observation. Passant maintenant à la formation et au renouvellement des images cérébrales, nous pouvons concevoir que des impressions venues des objets extérieurs se transmettent comme des ondes de vibrations subconscientes jusqu'au centre récepteur, où un groupe de neurones, par l'intermédiaire du réticulum péricellulaire, entre un état de vibration associée ou correspondante, le résultat de ces opérations multiples étant la présentation à l'esprit d'une forme complète. En outre, de même que, dans tout mouvement, l'action combinée des muscles et des nerfs facilite la répétition de ce mouvement, de même l'impression produite sur la substance nerveuse vivante au cours de la production de l'image, facilite la répétition de la même combinaison de neurones et de vibrations de même nature, aboutissant à la réviviscence de la même image dans la conscience.

Nous pouvons donc concevoir la pensée que les représentations de la mémoire, de quelque genre qu'elles soient, sont, au point de vue physique, de nature vibratoire, et que les vibrations se produisent dans des groupes associés et définis de neurones. On peut même supposer en outre que, de même que les innombrables images qui passent sous nos yeux changent continuellement, il se produit dans les rapports mutuels des neurones qui contribuent à la formation de ces images des changements qui rappellent ceux du Kaleïdoscope.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

ASILES D'ALIÉNES.

Une visite à l'asile de Meerenberg; par le Dr G. Deny.

Avant de se séparer à Anvers, au retour d'une très intéressante excursion en Hollande, les membres du dernier Congrès des Aliénistes et Neurologistes des pays de langue française se sont arrêtés quelques instants à l'asile de Meerenberg.

Cet établissement étant considéré comme le plus important du royaume des Pays-Bas, tant par le nombre de ses pensionnaires, que par la remarquable organisation dont l'a doté son savant directeur, le Dr Van Deventer, nous croyons qu'une brève relation de cette visite ne sera pas sans intérêt pour ceux des lecteurs des « Archives » qui n'y ont pas pris part.

L'asile de Meerenberg est situé dans la province de Groningue, tout près de la jolie ville de Harlem. En quittant la gare, un sentier descendant le versant d'une colline boisée vous y conduit en vingt minutes. La grille d'entrée franchie, on se trouve dans un vaste parc au milieu duquel sont situés à une distance assez grande les uns des autres et masqués par des bosquets d'arbres les différents bâtiments de l'asile.

Avec ses pelouses aux corbeilles fleuries, sa pièce d'eau et ses accidents de terrain « Meerenberg » ressemble beaucoup plus à une propriété d'agrément qu'à un établissement provincial contenant plus de 1 300 aliénés des deux sexes.

Sauf le pavillon récemment construit pour le personnel-infirmier, les bâtiments de l'asile — lequel a été ouvert au milieu du siècle dernier — sont relativement anciens.

S'ils n'offrent rien de remarquable au point de vue architectural, ni à celui de leur distribution intérieure, ces défauts sont largement compensés par la propreté méticuleuse qui règne partout et par l'aspect riant que donnent aux locaux les fleurs et les plantes qui les ornent et les meubles qui les décorent. Ici, il est à peine besoin de le dire, pas de grillages aux fenêtres, pas de judas aux portes qui s'ouvrent librement sans que retentissent aux oreilles ce cliquetis de clefs et ce bruit de verrous qui font ressembler la visite de certains asiles à celle d'une prison.

Pour apprécier toutefois, comme il convient, la disposition et l'aménagement des pavillons destinés aux malades, il faut tenir compte que Meerenberg n'est pas seulement un asile d'indigents et qu'on y trouve aussi un certain nombre de malades payants, répartis en quatre classes, dont les prix de pension varient de

1200 à 400 florins par an. Quant aux indigents qui constituent la la 5e classe, le prix de revient de leur entretien est de 170 florins, chiffre que la prospérité de l'asile permettra bientôt d'abaisser à 150 florins.

Suivant la classe à laquelle ils appartiennent les pensionnaires ont une ou plusieurs chambres avec salon, salle à manger, véranda, etc., le tout donnant sur des jardins dont ils ont le libre accès. Les indigents se tiennent dans des salles de réunion et couchent dans des dortoirs, généralemeut de douze à vingt lits, où l'espace nous a paru parfois leur être un peu parcimonieusement mesuré.

Les moyens de traitement les plus usités à Meerenberg contre les psychoses aiguës et les états d'agitation sont l'alitement et les bains prolongés. L'alitement est pratiqué dans des salles communes ou dans des chambres séparées dont les portes restent ouvertes jour et nuit, de manière que la surveillance y soit effective et permanente. Si on a encore quelquefois recours à l'isolement en cellules pour les malades trop bruyants, c'est toujours pendant un temps très court et seulement comme mesure de traitement et non de punition. Il n'est fait également qu'un usage très modéré des hypnotiques et quant aux moyens de contention mécanique ils sont absolument proscrits, comme du reste dans la plupart des asiles néerlandais.

Pour les aliénés chroniques, le travail reste toujours le principal sinon l'unique moyen de traitement. Plus de 60 p. 100 des malades sont occupés. Nous avons successivement visité les ateliers de sparterie, de vannerie, de cartonnage, de tailleur, etc. L'atelier de couture était, au moment de notre visite, provisoirement installé dans la salle des fêtes. Signalons enfin l'existence d'une école pour les idiots.

Outre les promenades dans le parc et au dehors, de nombreux moyens de distraction sont offerts aux malades sous la forme de concerts, de soirées théâtrales, etc. Les pensionnaires ont aussi à eur disposition une bibliothèque contenant près de 4000 volumes et de nombreux journanx ou revues.

Malgré la grande liberté dont jouissent les malades, les évasions sont rares et les suicides presque inconnus.

La surveillance et le traitement des 1379 aliénés, qui constituent actuellement la population de Meerenberg, sont assurés par 200 infirmières et 40 infirmiers. Ce nombre n'a rien d'excessif car it faut en distraire plusieurs unités pour le service de nuit,— complètement indépendant du service de jour — et prévoir également chaque jour quelques absences inévitables par congé, maladie, etc. Défalcation faite du personnel de nuit on compterait en moyenne un infirmier pour six malades environ.

Mais si le bon fonctionnement de l'asile peut être assuré sans le secours d'un personnel plus nombreux, cela tient sans doute à la sélection qui préside à son recrutement et au haut degré de développement de son instruction professionnelle.

C'est à l'initiative du Dr Van Deventer, assisté de Mme Van Deventer, qu'est due l'introduction à Meerenberg de l'enseignement professionnel des aspirants au grade d'infirmier ou d'infirmière.

Cet enseignement comporte trois années d'études et se termine par un examen qui donne droit à un diplôme. Il comprend des cours théoriques et pratiques, faits par les six médecins-assistants attachés à l'asile. Les matières enseignées sont les éléments de l'anatomie et de la physiologie, les principes de l'hygiène, les soins à donner aux malades, aux blessés, aux nerveux et aux aliénés. Les élèves sont en outre astreints à la rédaction de rapports et, entre temps, s'adonnent à l'étude des langues étrangères. On ne peut, bien entendu, être admis à suivre ces cours que si l'on possède déjà une instruction primaire suffisante et si l'on prend l'engagement de subir l'examen qui en est la sanction.

La salle d'étude réservée aux élèves-infirmiers est pourvue d'une bibliothèque, d'un squelette, de préparations anatomiques, d'appareils, d'instruments divers et d'une façon générale de tout ce qui peut servir à faciliter l'intelligence des matières faisant l'objet de l'enseignement.

Le personnel ne relève que de l'autorité médicale : le directeur de Meerenberg est en effet de ceux qui pensent que dans un établissement consacré au traitement des malades, tous les services, aussi bien administratifs que médicaux, doivent être concentrés dans les mains d'un médecin.

Convaincu en outre que les femmes possèdent à un degré beaucoup plus développé que les hommes les qualités nécessaires pour soigner les malades, le Dr Van Deventer a remplacé les infirmiers des services d'hommes par des infirmières ; de là l'explication du petit nombre d'employés du sexe masculin attachés à l'asile (40 hommes pour 200 femmes). Cette substitution, commencée il y a une dizaine d'années, a donné des résultats si satisfaisants qu'elle s'est peu à peu généralisée, de sorte qu'actuellement il n'y a plus guère que des infirmières dans les sections d'hommes, les infirmiers étant presque exclusivement réservés pour les travaux domestiques.

Ajoutons que pour réaliser cette expérience, le directeur de Meerenberg ne s'est pas cru obligé — comme quelques-uns seront peut-être tentés de le croire — de s'adresser uniquement à des femmes mûres ou âgées; beaucoup des infirmières que nous avons vues sont jeunes, portent un costume seyant, orné des insignes de leur grade et joignent aux agréments de leur esprit celui de leur personne.

Elles ne sont autorisées à se marier qu'après un séjour de plusieurs années à l'asile ; c'est pour cette raison sans doute qu'on leur donne le nom de *sœurs* bien qu'elles n'appartiennent à aucun ordre religieux. Il est probable que les restrictions apportées au mariage des infirmières disparaîtront lorsque de nouveaux pavillons auront été construits pour leur servir d'habitation.

Actuellement leur logement se compose d'une chambre pour les simples infirmières, d'une chambre avec salon pour les infirmières en chef ; le tout est très confortablement meublé et aménagé, mais serait peut-être insuffisant si elles étaient mariées.

Le traitement annuel du personnel-infirmier est fixé de la façon suivante : Aspirant 140 florins, aspirantes 100 florins ; infirmier 150 à 200 florins, infirmière 125 à 175 florins ; infirmier en chef 200 à 250 florins, infirmière en chef 175 à 225 florins. Ces salaires, pour les sujets qui le méritent, augmentent chaque année de 10 florins. Une caisse de retraites assure, en outre, une pension à tous les employés après un minimum de dix années de services [1].

Bien que nous n'ayons signalé ici qu'une partie des réformes — quelques-unes, du reste, d'origine française — appliquées par le Dr Van Deventer, nous croyons cependant avoir suffisamment montré que l'asile de Meerenberg est digne, à beaucoup d'égards, de retenir l'attention.

Par l'ensemble de son organisation qui le rapproche de celle d'un hôpital ordinaire, par son école-modèle d'infirmiers et d'infirmières, véritable pépinière de garde-malades d'élite, cet établissement mérite à coup sûr d'être placé au premier plan ; mais ce qui lui vaut encore une mention spéciale, c'est le rôle prépondérant que l'on n'a pas craint d'y réserver aux jeunes femmes dans le traitement des aliénés [2]. Il y a là une application trop heureuse de la célèbre formule — restée par ailleurs un peu platonique — de « l'aliéné-malade » de Pinel pour qu'on y assiste avec indifférence.

En terminant qu'il nous soit permis de remercier encore une fois M. le Dr Van Deventer et ses médecins-assistants de la cordialité de leur accueil et aussi le très aimable secrétaire général du Congrès, M. le Dr Crocq qui, au programme déjà si chargé et si fécond en enseignements variés de la réunion de Bruxelles, a bien voulu ajouter la visite de l'asile de Meerenberg.

[1] Ces renseignements sont empruntés au rapport sur l'asile de Meerenberg de l'année 1899 analysé *in Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1900, page 219.

[2] Cette réforme compte en France de nombreux partisans parmi les aliénistes et l'administration ne paraît pas y être hostile ; on peut donc espérer la voir expérimenter bientôt dans notre pays.

VARIA.

Inauguration du monument de J.-M. CHARCOT à Lamalou ;



Fig. 23.

Le monument inauguré le dimanche 20 septembre est, on peut le dire, l'œuvre spontanée de la population reconnaissante. Le plan en est dû à M. Tassin, architecte local ; les bas-reliefs à M. Louis Paul, statuaire ; le buste en bronze enfin qui le surmonte est dû au ciseau de Mme Charcot. Le ministre du commerce, M. Trouillot, a présidé cette cérémonie à laquelle l'Académie de médecine avait délégué les professeurs Raymond et Landouzy ; la Faculté de médecine de Montpellier, les professeurs Grasset, Carrieu, Tédenat, Mairet et Rauzier ; la Faculté de Toulouse, les professeurs

Mossé et Abelous; celle de Bordeaux, les professeurs Pitre et Régis; celle de Lille, le professeur Combemale. La presse médicale parisienne était représentée par MM. Layniel-Lavastine et F. Boissier. Enfin le Voyage d'Etudes Médicales, conduit par M. le Dr Carron de La Carrière, avait pris ses dispositions pour prendre une part officielle de l'inauguration. Aux côtés des ministres se trouvaient les représentants du gouvernement, de nombreux députés et sénateurs.

M. Trouillot ouvre la séance d'inauguration en donnant la parole à M. Pierre Brun, professeur au Lycée de Montpellier, qui dit une fort belle poésie de sa composition : « *Le Siècle à Charcot* ».

Des discours ont été ensuite prononcés par le Dr Belugou, maire de Lamalou, le Dr Boissier, au nom du corps médical de Lamalou, le professeur Raymond et le ministre, M. Trouillot. Nous avons reproduit en entier ces discours dans le numéro du 26 septembre du *Progrès médical*. Nous sommes obligé de nous borner, ici, à n'en donner que des fragments.

Monsieur le ministre, Mesdames et Messieurs,

Il y a dix ans, dit M. le Dr Belugou, qu'a disparu le grand médecin dont nous honorons la mémoire aujourd'hui, et chacun de nous se rappelle encore l'émotion causée, dans le monde savant tout entier, par cette mort brusquement survenue, en plein labeur et en pleine gloire. La tristesse de voir ainsi le siècle s'appauvrir fut à peine atténuée par la certitude, où l'on était, que l'enseignement admirable du Professeur de la Salpêtrière avait suscité et préparé de nouveaux talents, déjà célèbres, et qu'il en surgirait une génération de disciples vraiment dignes de continuer et de compléter l'œuvre du Maître.

Nulle part, la douleur ne fut plus sincère et plus vive que dans la petite ville où nous sommes réunis; elle y revêtit le caractère d'un deuil public, auquel participaient, non seulement ceux qui, par leurs études et leurs fonctions, pouvaient apprécier l'étendue de ce malheur, mais jusqu'aux artisans les plus humbles de ce vallon habitués à prononcer le nom de Charcot avec vénération, comme celui du patron de la Cité.

Et ce fut, à l'unanimité, irrésistiblement poussé par le sentiment public, que le Conseil municipal donna le nom d'Avenue Charcot à la voie principale de la station. Cette première et instinctive manifestation de reconnaissance n'a pas suffi aux habitants de Lamalou, et à l'occasion de l'innovation la plus importante pour les destinées à venir de leur commune, du progrès le plus ardemment souhaité, et le plus impatiemment attendu : l'adduction et la distribution d'eau de source, ils ont voulu fixer, assurer en quelque sorte à travers le temps, l'expression de leur gratitude envers Celui qu'ils considéraient tous comme un bienfaiteur; et ils ont

élevé le monument que nous inaugurons aujourd'hui, plus de dix ans après sa mort.....

Quel panégyrique plus éloquent, admirateurs, collaborateurs et disciples du Maître, depuis dix ans disparu, que le spectacle de votre présence, autour de ce buste? Et ce buste, lui-même, ne doit-il pas à son origine une signification particulièrement éloquente? C'est au ciseau de Mme Charcot qu'il est dû, c'est Mme Charcot qui, en faisant spontanément à Lamalou le don précieux et envié de ce bronze, a voulu consacrer en quelque sorte le glorieux patronage, dont s'est toujours montrée si justement fière, la Cité thermale que je représente.

Aussi pouvons-nous associer, à l'hommage dû au savant un respectueux souvenir à la piété de l'épouse et au talent de l'artiste. Et qui, mieux que la compagne de sa vie, que l'affectueux témoin de ses admirables labeurs, pouvait rendre cette inoubliable figure, la sérénité de ces traits, la gravité de l'expression, la méditation et la profondeur de ce front aux larges contours, et jusqu'à l'inclinaison légère de la tête, comme involontairement penchée sous l'effort de la pensée et de la réflexion ?

Jean-Martin Charcot est resté la figure la plus puissante et la plus populaire des médecins du XIXe siècle. Egalement supérieur dans toutes les branches de l'art de guérir, à la fois profond psychologue et savant anatomiste, expérimentateur judicieux et observateur avisé, professeur érudit et vulgarisateur incomparable, clinicien par dessus tout, il était vraiment le chef de la médecine française, et j'oserai dire : de la médecine contemporaine.

Créateur et organisateur de l'Ecole de la Salpêtrière, qu'illustra pour jamais son enseignement clinique, et où savants, philosophes, médecins, accoururent de toutes les parties du monde autour de sa chaire, il mérite vraiment le surnom de rénovérateur de la neuropathologie.....

Charcot manifestait pour l'action bienfaisante de Lamalou une confiance d'autant plus remarquable que sa foi thérapeutique, ordinairement restreinte, avait de plus grandes exigences. Il devait cette exceptionnelle confiance à une longue expérience des résultats obtenus chez les malades qui formaient son immense clientèle, et aussi, je dois le dire, à la conviction que Duchenne de Boulogne lui avait transmise. Qu'il me sois permis de rappeler, à ce propos, que Duchenne de Boulogne, en visitant Lamalou, au moment où il allait, par sa description magistrale et définitive, révéler en quelque sorte au monde médical l'ataxie, jusqu'alors confondue dans le chaos des maladies nerveuses, reconnut, à leur démarche, une série d'ataxiques réunis à cette station. La sélection empirique, lentement constitue par la spécialisation favorable des eaux, avait, depuis longtemps, opéré un classement nosographique, que l'observation géniale du savant était en

train de découvrir et dont il n'avait pas encore publié la révélation.

Les témoignages de la confiance de Charcot en Lamalou se sont produits, il ne faut pas l'oublier, à une époque où le champ des maladies nerveuses s'est trouvé comme fertilisé par les excès d'un surmenage sans cesse croissant, par l'ardeur de concurrences sans cesse plus vives, par les luttes plus incessantes, et toujours plus acharnées de la vie contemporaine ; tandis que, parallèlement, son étendue s'agrandissait sous l'influence des progrès de la neuropathologie dont le médecin de la Salpêtrière était l'artisan le plus éminent et le plus célèbre. Charcot a donc été, dans l'absolue vérité du terme, « le patron de Lamalou », et les bienfaits de ce précieux patronage, la mort ne les a pas arrêtés, ils se répartissent encore sur notre station, ainsi favorisée.....

Et autour de ce modeste monument, dont votre présence élève et grandit l'hommage, autour de tant d'éminents représentants de la Politique et de la Médecine, autour de cette famille, si digne de son chef, que Lamalou remercie d'une respectueuse bienvenue, en envoyant à l'absent de chaleureux souhaits, dans les mers lointaines où il combat aussi pour la Science, je peux voir, d'anciens malades du Maître, qui ont dû à son coup d'œil, à sa sagacité, à son savoir, la conservation de leur vie, le soulagement de leur douleur, le retour de leur activité.

Au milieu de si précieux hommages, c'est celui-là peut-être, qui eût plus vivement touché Charcot. Sous sa physionomie impénétrable, le Maître cachait une exquise bonté. Souvent, l'indifférence du médecin n'est qu'une affectation de parade, qui recouvre des trésors de sensibilité et de tendresse. Ainsi était Charcot. J'en appellerais à ceux que je vois ici et qui eurent le bonheur de l'approcher, si je ne devais aujourd'hui éloigner de pareils souvenirs. Il est des morts, auxquels il ne faut songer qu'avec sérénité. Chaque jour de la vie fut si bien rempli, que parler de leur disparition avec d'autres sentiments que celui de les honorer c'est faire injure à leur mémoire. Le seul hommage qui convienne à Charcot, c'est de maintenir à son œuvre la juste admiration qui lui fut, au lendemain de sa mort, si généreusement dévolue par tous, même au delà de nos frontières. « La France, écrivait alors un illustre savant étranger, la France a perdu son plus grand médecin, et ce n'est pas seulement la France qui pleure sur cette tombe du Maître des neurologistes, mais le monde médical tout entier. Le secret de sa grandeur est dans ce fait : qu'en lui, les qualités du savant français ont été portées, dans toute leur pureté, à un degré incomparable.si bien qu'on a pu dire qu'il personnifiait le génie national ».... Et tandis que l'Histoire conservera le nom du grand médecin, parmi ceux qui ont le plus honoré la Science et la Patrie, la tradition de ce petit vallon des Cévennes transmettra, d'âge en âge, le souvenir de son bienfaiteur, perpétué par ce monument.

A peine les applaudissements qui accueillent la péroraison du Dr Belugou sont-ils calmés, que le Dr BOISSIER prend la parole.

Au nom du corps médical de Lamalou, dont il est le doyen, le Dr Boissier joint son hommage particulier à celui qui vient d'être rendu par le maire, au nom de la municipalité et de la population au Maître illustre qui a tout fait pour la prospérité des sources miéérales de Lamalou. Il remercie ensuite le ministre d'avoir accepté la présidence de cette fête médicale. Le meilleur hommage à rendre à Charcot, dit-il, est d'indiquer à quel point en était de son évolution Lamalou au moment où il est venu lui donner l'appui de cette autorité scientifique qui a rapidement franchi nos frontières et s'était fait accepter dans les Universités du monde entier. Le Dr Boissier fait ensuite l'historique de Lamalou, depuis le milieu du siècle dernier. Lamalou était dirigé par deux dames Mlle Stoline Cère et Mme Audibert. Il met en relief les progrès accomplis, rend hommage à tous ceux qui y ont contribué.

Le Dr Boissier relate ensuite les principaux noms de tous les maitres qui ont aidé dès le début et favorisé le développement de la station. Il parle ensuite des travaux des médecins de la station qui ne restaient pas inactifs. Il fait un éloge particulier du Dr Privat, qui fut longtemps inspecteur des eaux de Lamalou-l'Ancien et qui exerça, pendant plus de cinquante ans, la médecine dans la station. Il rappelle la fondation qu'il fit et qui permit aux malades indigents de venir demander aux sources le soulagement ou la guérison de leurs maladies. C'est lui, dit-il, qui fit connaltre Lamalou à Duchenne et à Charcot. « C'est à ce moment, poursuit M. Boissier, que, de 1884 à 1892, sous cette puissante impulsion, Lamalou prit un essor nouveau, eut comme une véritable floraison et devint la métropole hydrominérale que vous voyez aujourd'hui.

« Depuis, les progrès ne se sont pas ralentis. Des travaux incessants ont été accomplis dans ces dernières années, grâce à l'activité infatigable de notre maire et à l'intelligence d'une municipalité qui comprend l'avenir, des voies nouvelles ont été ouvertes, notre ville a été abondamment pourvue d'une eau excellente. Tout, enfin, témoigne d'un développement incessant, d'une marche résolue dans la voie du progrès que la science de l'hygiène impose aujourd'hui à toutes les stations thermales. » Le Dr Boissier rappelle que la mémoire de Charcot est, aujourd'hui, plus vivante que jamais... Il déclare que c'est avec intention qu'il n'a même pas effleuré la grande existence de Charcot. Il laisse ce soin au « professeur éminent que, dans le monde scientifique, on appelle le successeur de Charcot, et qui remplit si brillamment la tâche ardue de continuer les leçons du maître. Je lui offre ici les remerciements et les hommages du corps médical de Lamalou. »

La parole est ensuite donnée au Pr Raymond, l'éminent successeur de Charcot à la Salpêtrière.

Messieurs,

Le lendemain même de la mort de Charcot, sa compagne dévouée, celle dont tous les actes ont été inspirés par le culte qu'elle avait voué au maître, fit don à notre distingué confrère, M. le Dr Belugou, du buste en bronze de son mari. Ce buste c'était son œuvre, elle l'avait créé avec son beau talent d'artiste et son âme de femme. A partir de ce jour vous avez résolu de l'ériger à Lamalou-les-Bains pour y consacrer la mémoire de Charcot.

C'est cette pensée toute filiale qui nous réunit aujourd'hui, si nombreux, dans votre joli vallon thermal, au pied de cette fontaine monumentale portant, à son fronton, l'image de l'illustre médecin de la Salpêtrière. Elle est bien belle ainsi, entourée de ses deux galeries demi-circulaires, avec ses deux colonnes terminales sur lesquelles se détachent en relief, admirablement sculptés, sur l'une le vieil hospice de la Salpêtrière, le champ de travail de Charcot, et les attributs de la clinique; sur l'autre, les armoiries de Lamalou et les attributs de la médecine thermale. Enfin, deux autres bas-reliefs nous montrent, sur la première colonne, Charcot faisant une leçon clinique à la Salpêtrière ; sur la seconde un ataxique que l'on transporte dans la piscine.

L'idée symbolique que vous avez voulu exprimer sera vite comprise par tous ceux qui verront et admireront ce beau monument. Vous avez tenu à l'inaugurer à propos d'une question vitale pour votre pays : l'adduction et la distribution d'eau de source potable. Et vous avez fait tout cela, Messieurs, d'une voix unanime, sans souscription d'aucune sorte, sans rien demander à personne : je tiens à le dire bien haut.

Vous n'attendez pas de moi que je reprenne aujourd'hui cette tâche, qui serait fastidieuse pour la plupart de mes auditeurs, étrangers aux choses de la médecine. Mais puisque aussi, vous me conviez à rendre un juste hommage à la mémoire de l'illustre médecin qui contribua si largement à répandre et à accroître la réputation, déjà ancienne, des eaux de Lamalou, dans le traitement de certaines affections, particulièrement fréquentes du système nerveux, vous me permettrez, pour répondre à votre invitation, de mettre en lumière un des côtés de l'œuvre de Charcot qui a le moins frappé ses admirateurs et qui méritait mieux. Sans abuser de votre patience et de votre attention, je voudrais vous rappeler succinctement ce que Charcot fut comme thérapeute.

Sans doute, c'est quand on l'envisage comme anatomo-pathologiste et comme nosographe que son œuvre apparaît dans toute sa magnificence géniale. Il semble aussi, de prime abord, qu'une forte dose de scepticisme thérapeutique ait dû être une résultante

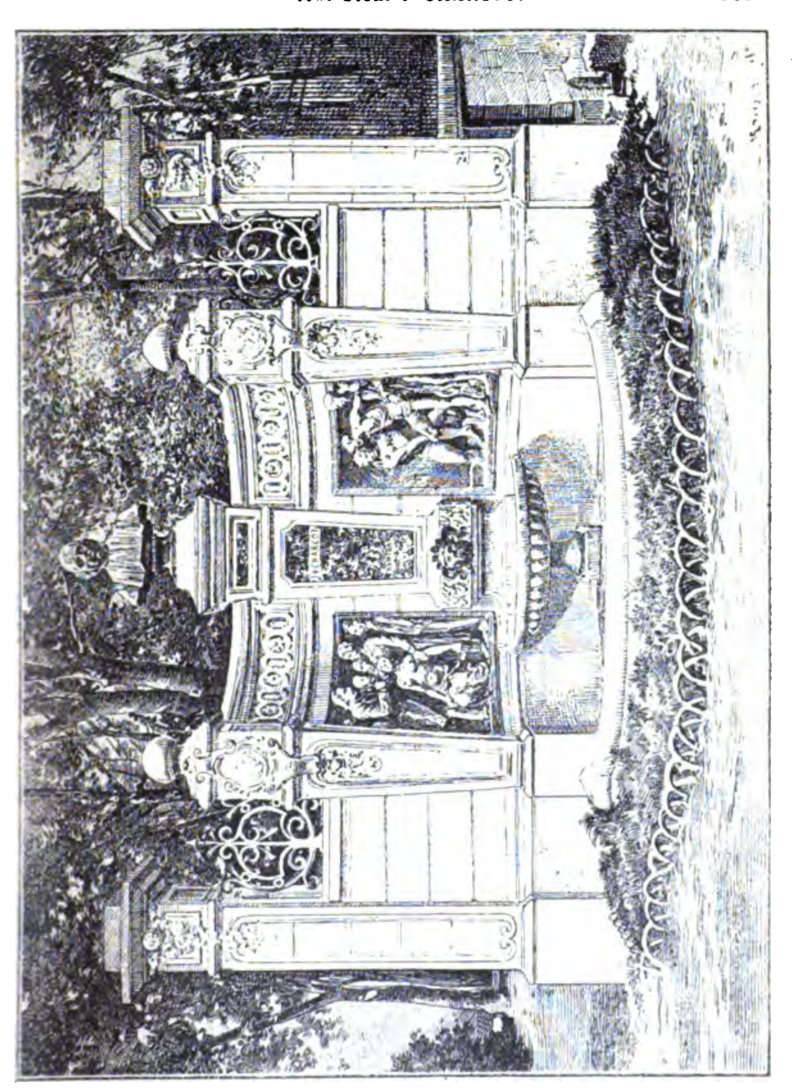


Fig. 24.

naturelle des recherches qui ont, en grande partie, absorbé la première période de sa carrière : confiné dans le domaine de l'organicisme, dominé par la préoccupation de découvrir les rapports des perturbations fonctionnelles et des altérations anato-

miques des organes, Charcot. dont toute l'existence médicale s'est déroulée à l'hospice de la Salpêtrière, fut entraîné vers l'étude d'une série de maladies nerveuses, caractérisées par des lésions d'apparence irréparable.

Est-ce à dire qu'il les jugea irrémédiablement telles? Non pas. Dès 1874, en inaugurant un nouveau cycle de conférences libres sur les maladies du système nerveux, il faisait remarquer que son enseignement était dispensé dans un établissement consacré, pour la plus large part, aux chroniques, réputés incurables. Mais il se hâtait d'ajouter tout aussitôt : « Le terme de maladies incu- « rables, cela va de soi, ne saurait être pris dans le sens absolu : « car s'il s'applique aux cas, qui, réellement, ne comportent pas de « remède, il s'applique aussi à ceux pour lesquels le remède n'a « pas encore été trouvé, mais peut être trouvé. » Et, dans cette même circonstance, il exposait le traitement qu'il avait imaginé contre le vertige de Ménière et les considérations théoriques qui l'avaient amené à mettre à l'essai ce traitement resté classique, je veux parler de l'administration raisonnée du sulfate de quinine.

Voilà qui n'était pas d'un sceptique, mais d'un innovateur. Or, il ne s'agit pas là d'un fait isolé. Un des premiers, Charcot préconisa et vulgarisa le traitement iodo-mercuriel intensif dirigé contre l'épilepsie partielle, d'origine syphilitique, l'emploi des bromures alcalins dans le traitement de l'épilepsie essentielle et de la migraine ophtalmique, l'emploi du nitrate d'argent contre certaines manifestations du tabès et de la sclérose en plaques, l'emploi de la suspension dans le traitement du tabès, etc., etc.

Charcot ne s'est pas contenté de nous montrer la compression ovarienne, un puissant moyen d'enrayer les terrifiantes attaques de l'hystérie convulsive. Il ne s'est pas contenté de nous faire voir toute la distance qui sépare ces attaques de celles de l'épilepsie vraie et de nous prémunir contre l'inefficacité des bromures employés pour venir à bout des premières. Il a réhabilité et instauré, sur des bases scientifiques, la métallothérapie et l'hypnotisme. Il nous a montré comment la suggestion hypnotique employée à titre de pratique curative, nous permet d'opérer des semblants de miracles dans les cas de paralysies et de contractures hystériques. Sa brochure fameuse : « La foit qui guérit », — qui a fait tant de bruit, découle de ces constatations.

Dans le même ordre d'idées, il nous a appris à utiliser la suggestion pratiquée à l'état de veille, en tant que gymnastique rationnelle, pour raviver dans les centres moteurs corticaux, la représentation des mouvements que les malades affectés d'une paralysie hystérique se croient incapables d'exécuter. Ce faisant, il a pour ainsi dire préludé à la découverte d'un procédé thérapeutique qui a donné de si excellents résultats dans le traitement des désordres ataxiques du tabès et dont tant de malades, parmi

ceux qui fréquentent cette station, ont pu apprécier les bienfaits ; je veux parler de la *rééducation des muscles*.

L'esprit largement ouvert aux innovations thérapeutiques susceptibles de procurer la guérison ou un simple soulagement à ceux qui souffrent, il ne dédaignait pas de faire appel aux remèdes les plus variés, à réhabiliter ou à vulgariser les ressources thérapeutiques anciennes ou nouvelles issues de l'empirisme, une fois acquise la conviction de leur utilité. C'est ainsi qu'il en vint à appuyer de sa haute autorité l'emploi des eaux de Lamalou dans le traitement de certaines affections nerveuses et surtout de l'ataxie locomotrice, maladie à l'étude de laquelle il a donné une si féconde impulsion. Dans le courant du siècle dernier et au commencement de celui-ci, les estimables travaux du professeur Dupré, de Montpellier, des Drs Privat, Boissier, Belugou, Cros, Cauvy, Descays, Donnadieu, Lavit, Gachon, Ménard, Michaud, etc., etc., nous ont renseigné d'une façon plus exacte, sur les indications précises de vos thermes. Il s'en est dégagé cette double notion : que les eaux de Lamalou jouissent d'une remarquable efficacité contre les douleurs fulgurantes du tabès dorsal, qu'on a si longtemps confondues et qu'on confond encore trop souvent avec les simples douleurs rhumatismales; et que, dans les circonstances propices, l'usage judicieux de ces mêmes eaux exeercune influence salutaire sur les lésions réalisées, sans doute en modifiant le terrain,le plus souvent *arthritico-nerveux*, sur lequel la maladie évolue.

Au nombre des cliniciens qui ont témoigné en faveur de l'exactitude de ces conclusions, je relève les noms des professeurs Grasset, Carrieu, de Montpellier, et Combemale, de Lille. Il est intéressant de rappeler comment Charcot fut d'abord conduit à envoyer ses malades à Lamalou.

Duchenne de Boulogne, le créateur du tabès, vint dans cette station, dès 1861, pour se rendre compte par lui-même de l'influence de ces eaux dans le traitement des maladies nerveuses et plus particulièrement de l'ataxie locomotrice. — Il constata leur efficacité certaine. — Rentré à Paris, il fit part de cette constatation à Charcot. L'année suivante, ce dernier y envoya ses premiers malades, ils y obtinrent des résultats très favorables. Dès lors, a commencé pour Lamalou une ère de prospérité qui est allée toujours s'accentuant depuis, et qui ne fera qu'augmenter; il n'est pas besoin d'être grand prophète pour le prédire.

A partir de cette date fameuse dans les fastes de votre histoire locale, la station vit sa clientèle s'étendre au loin, les tabétiques qui, notamment, venaient consulter Charcot de toutes les parties du monde, firent connaître dans leurs divers pays les résultats de cette cure balnéaire. Enfin ses élèves établis à Saint-Pétersbourg, à Bucarest, à New-York, à Vienne, à Prague, etc., etc., suivirent l'exemple du maître et envoyèrent des malades à Lamalou. C'est

pourquoi la station de Lamalou s'est complètement transformée depuis Charcot; *de station régionale* qu'elle était, elle est devenue, si je puis ainsi m'exprimer, une station *mondiale*.....

Je ne crois pas être présomptueux en me flattant d'avoir contribué pour une certaine part à la vogue présente et future de Lamalou, en appuyant le projet conçu et mis à exécution par le Dr Faure et qui a doté votre station d'un établissement modèle pour la rééducation des mouvements, médication accessoire qui a déjà fait ses preuves dans le traitement de l'ataxie locomotrice et d'autres maladies du système nerveux, tributaires de vos eaux.

Messieurs, j'avais pris l'engagement de ne pas soumettre votre patience à une trop longue épreuve, après avoir rappelé succinctement ce que fut Charcot en tant que thérapeute, et comment il a été amené à prêter son puissant patronage à Lamalou, il ne me reste plus qu'une phrase à ajouter. C'est pour vous prier de vous joindre à moi, afin de saluer dans un élan commun d'admiration et de reconnaissance la mémoire de celui qui fut le plus illustre parmi les médecins du siècle dernier, du savant dont les travaux sur le système nerveux, ont une si haute portée philosophique de l'homme, enfin, qui, parmi ses contemporains, a su, l'un des mieux, affranchir la pensée humaine.

De vifs et nombreux applaudissements accueillent l'éloquent discours de l'orateur. Enfin, M. Trouillot, ministre du commerce et de l'Industrie prononce le discours suivant :

Le gouvernement de la République, qui glorifiait, il y a huit jours, en Bretagne, la mémoire d'un de nos penseurs les plus libres qui ait illustré le dernier siècle, aujourd'hui, à l'autre bout de la France, apporte son hommage à un savant, dont le nom mérite d'être inscrit, comme celui de Renan, au rang des hommes qui ont eu l'influence la plus profonde sur les esprits de leur temps. Ce qu'a été l'œuvre de Charcot dans le domaine jusque là mystérieux de ces désordres nerveux, dont la pathologie avait à peine tenté d'aborder le problème et qu'elle avait même considéré pendant tant de siècles, comme étranger à son action, nous venons de l'entendre dire. Mais il est curieux de constater à quel point, dans l'ordre philosophique, les résultats ont dépassé le but direct des études de Charcot, et, comme, en travaillant pour la santé physique, il s'est trouvé avoir travaillé, à un égal degré, pour la santé morale de l'humanité.

C'est par la force de ses recherches, des progrès scientifiques qu'il a provoqués, que l'œuvre du savant s'est élevée à ce grand rôle social. En toute matière, le terrain conquis par la science est gagné sur la superstition et l'erreur. Il n'est pas une loi naturelle dont la constatation n'ait détruit une légende ; les lois fondamentales du mouvement et de la pesanteur, la loi de la gravitation universelle, les révélations zoologiques et cosmographiques, ont toutes, l'une après l'autre, sur la formation et l'organisation du

monde, renversé quelque chose des conceptions enfantines où se complaisait l'ignorance des civilisations successives. Les sciences biologiques et pathologiques ont plus récemment ouvert aux connaissances humaines un champ indéfiniment élargi. L'honneur revient à Charcot d'avoir attaqué l'erreur dans le plus sûr refuge que lui avait assuré la crédulité humaine, c'est-à-dire dans le domaine de l'hystérie, de l'hypnotisme et de la suggestion, que l'ignorance séculaire avait jusqu'ici réservé au mystérieux et au surnaturel.

Cette vérité qu'il n'y a pas d'exception aux lois naturelles, il y a simplement des lois naturelles encore inconnues, Charcot l'a mise en indiscutable évidence, en rendant à la raison ce service de produire lui-même, au gré de sa volonté, les phénomènes que la crédulité des peuples avait, de tous les temps, attribué à un pouvoir au-dessus des hommes. La rencontre est ici bien profonde entre le grand esprit qui vient d'être honoré à Tréguier par l'hommage du monde entier, et le savant auquel votre ville a voulu élever ce bronze.

« Il n'y a, écrivait Renan, ni miracles, ni lois intérimaires, » et Charcot, exprimant la même idée en termes analogues, écrit à son tour : « Nous ne pouvons rien contre les lois naturelles. »

Il continue par ces lignes saisissantes qu'on citait, le 16 décembre 1900, à l'Académie, et qu'on ne citera jamais trop parce que l'éloquence de leur constatation ne sera pas dépassée : « On n'a jamais noté que la foi qui guérit ait reproduit un membre amputé. Par contre, c'est par centaines qu'on trouve des guérisons de paralysie à travers les âges parmi les civilisations les plus diverses, au milieu des religions les plus dissemblables en apparence. Les conditions du miracle sont restées identiques. Ceux qui trouvaient la guérison, dans l'ancienneté, ornaient les parvis du temple d'hymnes votives et surtout de bras, de jambes, de cous, de seins, en matières plus ou moins précieuses, objets représentatifs de la partie du corps qui avait été guérie par l'intervention miraculeuse. Au fond du sanctuaire, la statue miraculeuse; parmi les serviteurs du temple : les prêtres, les médecins, les dames chargées de constater ou d'aider les guérisons. De tous les points de la Grèce, ceux qu'anime la foi qui guérit, s'acheminent vers le sanctuaire pour obtenir la guérison de leurs maux. Dès leur arrivée, afin de rendre le Dieu favorable, ils déposent sur l'autel de riches présents et se plongent dans la fontaine purificatrice, qui coule dans le temple d'Esculape. Les siècles ont passé, mais la source sacrée coule toujours. »

C'est ainsi que, partis de points différents et si dissemblables par l'éducation, par le caractère, par la nature de leurs travaux, l'un vivant dans le pur domaine des spéculations philosophiques, l'autre parlant uniquement d'expérimentations scientifiques, Renan et Charcot aboutissent à ces constatations rigoureuses et traduisent presque dans les mêmes termes, rendant plus sensibles l'exactitude de la formule, un peu modifiée, par le temps, d'apres laquelle tout chemin mène à la Vérité. Vous avez justement pensé, Messieurs, que la place d'un ministre de la République était marquée à cette fête, au pied du monument élevé à l'homme qui a contribué, si

puissamment à l'œuvre d'affranchissement de notre raison dans cette ville où la science multiplie les miracles : mais, cette fois, selon les règles positives et sûres à un moment où de tous les points du monde se réunissent ici, en un Congrès qui sera fécond en conséquences bienfaisantes, tant de représentants éminents de la science médicale.

Cette science, plus que toute autre, est de toutes les patries. Il n'est pas de découvertes faites sur un point quelconque du globe pouvant sauver une vie ou soulager un mal physique qui ne profite au même instant à tous les hommes. Je suis heureux de saluer au nom du gouvernement, les hôtes étrangers qui travaillent tous les jours d'une façon si active au rapprochement et au bonheur des peuples, car ils sont au premier rang des apôtres de la fraternité hnmaine et parmi les meilleurs ouvriers de la paix universelle.

Des cris nombreux de : « Vive le ministre! » accueillent le discour de M. Trouillot. A midi et demi, a eu lieu, dans la grande salle du casino, un banquet de quatre cents couverts sous la présidence de M. le ministre du commerce.

Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (à Mayenne). — Un emploi d'interne est disponible à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne (Mayenne). Les candidats à cet emploi devront être Français, être âgés de 21 ans au moins et avoir, au minimum, dix inscriptions de doctorat. Le titulaire de l'emploi recevra un traitement annuel de huit cents francs et aura droit en plus à la nourriture, au logement, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage. Les demandes devront être adressées à M. le directeur-médecin en chef de l'asile de la Roche-Gandon, à Mayenne, chargé de les centraliser et de les transmettre à M. le Préfet de la Mayenne. Chaque demande devra être accompagnée des pièces suivantes : 1° acte de naissance, 2° certificat de scolarité, 3° extrait du casier judiciaire.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'internes titulaires en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche), et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police. — Le jeudi 3 décembre 1903, à midi précis*, il sera ouvert, à la préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de *dix heures à midi* et de *deux heures à cinq heures, du lundi 2 au jeudi 19 novembre 1903 exclusivement.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 11-1903.

Vol. XVI. Décembre 1903. N° 96.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

Hémisection traumatique de la moelle ;
(*Syndrome de Brown-Sequard*).

PAR MM.

PEUGNIEZ ET CL. PHILIPPE

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Amiens. — Chef de laboratoire à la Salpêtrière.

L'étude des lésions médullaires qui s'expriment en clinique par le syndrome de Brown Séquard est toujours intéressante, parce qu'une partie des problèmes suscités par ce complexus symptomatique n'est point encore élucidée. Quelle est la cause de l'amélioration progressive qui s'observe dans les symptômes consécutifs à l'hémisection? Quel est exactement le mécanisme qui préside au développement du syndrome? Toutes les réponses qu'on peut faire à ces questions sont encore, à l'heure qu'il est, susceptibles de critiques.

Sans doute, nous concevons très bien les causes qui déterminent la paralysie motrice du côté correspondant à la section, tous les physiologistes étant d'accord pour affirmer que les fibres motrices restent pour la plus grande partie du même côté sur tout le parcours de la moelle. Pour le trajet des fibres sensitives, l'accord est moins parfait. Il semble que celles du sens musculaire ne se croisent pas, mais les expériences cliniques ne permettent pas d'en déterminer le siège sur la section de la moelle. Les autres modes de la sensibilité, tactile, thermique, à la douleur, paraissent desservis par des fibres qui ne se croisent que partiellement dans la moelle. Kocher a défendu l'hypothèse que les fibres exclusivement réservées à la sensibilité tactile ne se croisent pas, tandis que la plupart des fibres réservées à la

perception de la douleur se croiseraient. Brissaud enseigne aussi que les fibres de la sensibilité tactile suivent un chemin absolument différent de ceux réservés à la conduction des sensations thermiques ou douloureuses.

Pourquoi les symptômes initiaux sont-ils plus étendus que ne l'est la zone anatomique lésée? Quel est le mécanisme qui préside à la restitution de la fonction? A quelles lésions nouvelles sont dus les phénomènes qui, dans certaines observations, viennent traverser le syndrome de Brown-Séquard, en diffusant les éléments, en altérant le caractère systématique?

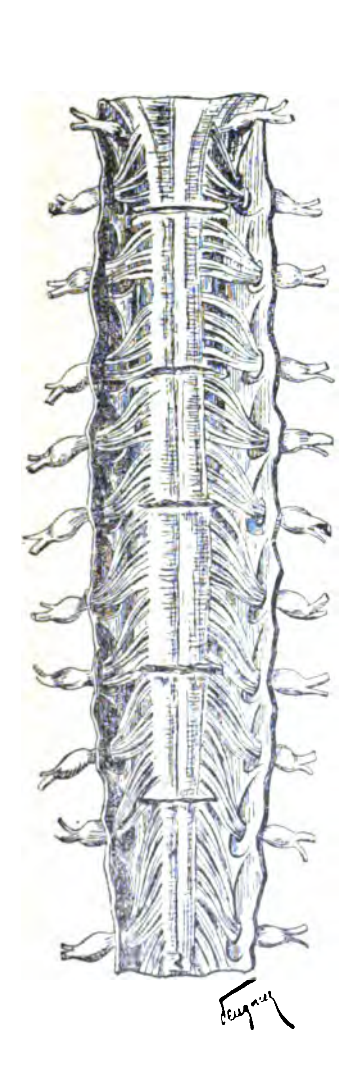
Nous avons pensé qu'un cas, dont l'observation clinique avait pu être répétée plusieurs fois à plusieurs années de distance, et suivie de l'examen anatomo-pathologique, pouvait apporter une contribution légère à l'étude de ces problèmes suscités par les lésions de la moelle épinière. En voici l'histoire, brièvement résumée. Les détails cliniques en ayant été présentés au VI[e] Congrès de chirurgie, nous avons eu ici surtout en vue l'étude anatomo-pathologique.

Un homme de trente-trois ans est frappé en 1887, d'un coup de couteau qui lui fait une plaie profonde à droite de l'apophysie épineuse de la troisième vertèbre cervicale. Il tombe paralysé des deux membres inférieurs et reste ainsi pendant plusieurs jours avec de la rétention d'urine et une constipation des plus opiniâtres.

Dès le septième jour, une large escharre apparaît à la cuisse gauche. Vers la même époque, le malade constate que l'usage de la jambe gauche lui revient peu à peu; mais cette jambe est insensible. La droite est complètement paralysée.

Le 29 novembre 1893, il entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, où l'on constate une petite cicatrice blanchâtre, linéaire, mobile, au niveau de l'ancienne plaie. Il existe une hémiparaplégie droite avec hémianesthésie croisée. Les réflexes sont notablement exagérés à droite, et le membre inférieur correspondant, très atrophié. Il n'existe de ce côté aucune élévation thermique locale. Une hyperesthésie s'observe également à droite, remontant jusqu'à la hauteur du creux axillaire. A gauche, la sensibilité est abolie dans tous ses modes; l'anesthésie remonte jusqu'à la hauteur du mamelon.

Les troubles des réservoirs ont disparu. Le sens génésique est très affaibli. Le malade quitte l'hôpital le 28 décembre 1893.



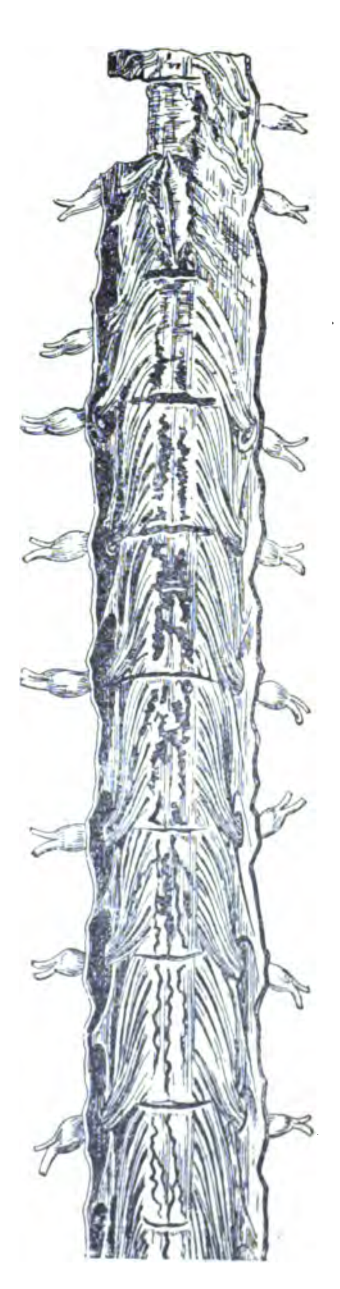


Fig. 36 et 37. — **Aspect macroscopique de la moelle.**

Il y rentre en mars 1897. La paralysie s'est un peu amendée, mais l'élément spasmodique est arrivé à son apogée, donnant un caractère ataxique à la plupart des mouvements volontaires exécutés dans la zone autrefois paralysée.

A gauche, l'anesthésie a fait place à une sorte de dysesthésie, qui ne permet plus au malade de distinguer les diverses excitations de la sensibilité, mais les lui fait percevoir toutes sous forme de vibrations douloureuses qu'il localise fort mal, et qui vont s'irradiant à distance, bien loin du point excité. La sensibilité thermique est revenue. Les troubles trophiques se multiplient de ce côté. Escharres, mal perforant, ulcères, sont disséminés tout le long du membre inférieur.

Depuis cette époque, le malade a été revu plusieurs fois sans qu'aucun phénomène particulier ait donné lieu à de nouvelles observations.

Il rentre à l'Hôtel-Dieu en mai 1901. On l'apporte d'un service de médecine voisin où il est resté plus d'un mois. Nous apprenons que durant ce séjour, la cicatrice dorsale s'est rouverte et a laissé couler du pus. Elle est refermée au moment de son entrée, et nous lui trouvons les caractères qu'elle nous a toujours présentés.

Quant au malade, il est dans le coma, couvert d'escharres disséminées à droite et à gauche, paralysé des quatre membres, insensible à toutes les excitations, sans reflexes, avec de l'incontinence des urines et des matières fécales. Ces phénomènes ont débuté, il y a environ dix à douze jours, et rapidement la situation s'est aggravée pour arriver au point où elle en est. Le malade meurt quelques jours après son entrée.

A l'autopsie, nous avons trouvé dans la colonne vertébrale une lame de couteau brisée de telle façon que sa surface de section était enfoncée dans l'épaisseur de la lame de la troisième vertèbre dorsale ; la pointe qui avait traversé le canal rachidien s'enfonçait dans la profondeur du disque intervertébral sus-jacent à la sixième dorsale dont elle atteignait presque la face antérieure. (*Fig.* 36 et 37).

La moelle portait une plaie verticale ayant détruit sur une hauteur de deux centimètres la presque totalité de sa moitié droite.

Au-dessus de cette plaie, la moelle, macroscopiquement, paraît saine. A son niveau, il semblerait qu'il n'en reste plus

qu'un petit cordon fibreux, engainé dans un fourreau de méninges qui lui adhèrent intimement. Au-dessous, jusqu'à la queue de cheval, elle est marbrée et sillonnée de plaques et de traînées brunâtres, vestiges d'hémorrhagies anciennes.

Voici maintenant les résultats de l'examen microscopique sur lesquels nous voulons tout particulièrement insister.

Examen histologique. — L'examen histologique devait déterminer avant tout la *nature* et l'*étendue* des lésions qui avaient entraîné la symptomatologie observée du vivant du malade. Comment était constitué le *foyer principal* de la moelle dorsale moyenne, si caractéristique avec sa dureté spéciale, sa coloration brunâtre surtout accusée dans le segment postérieur, et ce sillon longitudinal, assez profond, qui le partageait en deux moitiés sensiblement égales dans toute sa hauteur? Avait-il une structure purement cicatricielle? Dans quelle mesure, les processus inflammatoires infectieux s'étaient-ils associés au traumatisme initial produit par le coup de couteau?

Puis, comment expliquer la *deuxième étape* de l'affection, étape au cours de laquelle la paraplégie était devenue complète, en s'accompagnant d'une anesthésie totale et de troubles vésico-rectaux très accusés?

Nous avons prélevé un premier morceau comprenant toute l'épaisseur du foyer principal dans sa portion moyenne correspondant à l'émergence médullaire de la 5e racine dorsale. D'autres morceaux ont été coupés au niveau des 6e, 7e et 8e racines dorsales, pour montrer les limites inférieures des lésions. Un dernier fragment a été pris au niveau de la 3e racine dorsale.

Après inclusion colloïdinée, les coupes furent traitées par les techniques habituellement employées par le système nerveux central.

A. *Coupes au niveau du foyer principal* (5e *racine dorsale*). — Quelle que soit la coloration employée, les coupes n'ont plus figure de moelle ; elles ne permettent aucunement de reconnaître la substance grise ou les cordons de la substance blanche.

Les *deux tiers* de la préparation, *à droite*, sont essentiellement formés d'un tissu fibreux dans lequel aucune technique ne permet de décéler la présence d'un élément nerveux quelconque, cellule ou fibre. Ce tissu est constitué, d'une façon assez homogène, surtout par des faisceaux conjonctifs adultes. La plupart de ces faisceaux sont

placés parallèlement les uns aux autres et prennent une direction transversale. D'autres sont longitudinaux et s'orientent suivant l'axe même de la moelle ; moins nombreux, ils forment des îlots intercalés çà et là à travers la masse des bandes transversales. En résumé, il s'agit là d'un véritable tissu de *sclérose conjonctive post-inflammatoire*, qui, au moins dans sa plus grande étendue, paraît avoir atteint depuis longtemps tout son développement : tissu remarquable par la densité de sa fibrose et par l'importance de ses faisceaux conjonctifs, plus hyperplasiés que dans les simples foyers cicatriciels consécutifs à l'écrasement de la moelle par une fracture de la colonne vertébrale.

Ce tissu pathologique présente en outre du *pigment* et des *amas* cellulaires (*fig.* 38).

Le pigment, par son aspect général et ses réactions histochimiques, doit être assimilé au pigment d'origine sanguine, rencontré dans tous les vieux foyers hémorrhagiques, en proportion directe de l'intensité et de l'ancienneté de l'hémorrhagie. Sur nos coupes, il occupe surtout les zones postérieures, au niveau desquelles il se présente le plus souvent sous forme d'amas assez considérables, de couleur jaune-foncé, même brunâtre par endroits. Ailleurs (périphérie, portions moyennes) le pigment, moins abondant et moins compact, constitue des granulations isolées, placées bout à bout à travers les faisceaux conjonctifs, et souvent prédominantes dans la zone adventice d'un petit vaisseau, artériole ou veinule.

Les amas cellulaires n'existent pas dans toute l'étendue de la nappe fibreuse ; ils se montrent surtout à la périphérie, en avant et en arrière, et dans la paroi limitant ce sillon longitudinal et antéro-postérieur constaté à l'œil nu dans toute la hauteur du foyer pathologique (*fig.* 39). Ces amas, plus ou moins volumineux, interstitiels et périvasculaires, sont uniformément constitués par des cellules rondes, petites, à protoplasma presque nul, à noyau unique, volumineux et fortement coloré par l'hématoxyline. Nulle part, ils ne nous ont présenté un processus de caséification nettement caractérisé. Par contre, plusieurs d'entre eux, surtout ceux placés dans les parois du sillon longitudinal pathologique, montrent çà et là, à travers leurs masses, des zones moins bien colorées dans lesquelles les noyaux pâlissent, sont granuleux et paraissent subir un processus de désintégration moléculaire. En résumé, le siège, l'aspect histologique général, les réactions colorantes sont vraiment autant de caractères qui permettent de voir dans ces amas cellulaires de *véritables nodules inflammatoires*, analogues aux nodules qui se montrent dans tous les processus subaigus de n'importe quel organe.

L'*autre tiers de la coupe*, à gauche, a une structure toute différente. La coloration par le picro-carmin et l'hématoxyline montre



Fig. 38. — Amas de pigments dans le tissu de sclérose

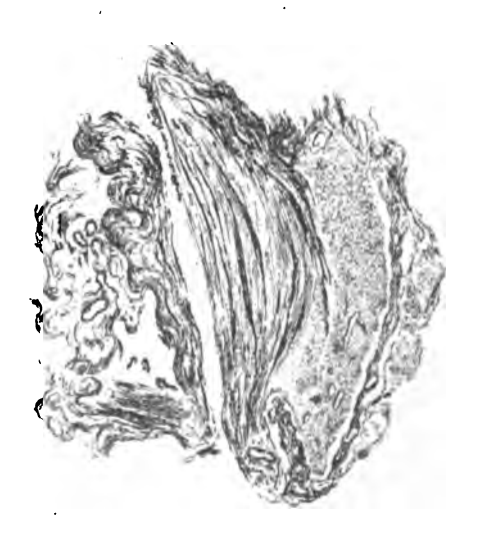


Fig. 39. — Foyer de myelite.

une sclérose qui, au lieu d'être *conjonctive* comme la précédente, est avant tout névroglique. Le plus souvent, les fibrilles névrogliques s'entrecroisent sous diverses incidences, pour former un réticulum dont les mailles, assez étroites, sont habituellement vides, parfois remplies de masses granuleuses. Plus rarement, elles constituent de véritables faisceaux plus ou moins denses, des bandes, des placards, même quelques tourbillons périvasculaires. Les espaces conjonctivo-vasculaires sont épaissis, souvent encombrés de nodules à cellules rondes. Les vaisseaux artériels ou veineux présentent une inflammation sclérosante, limitée aux tuniques, externe et moyenne.

Dans cette région, la substance nerveuse n'a pas complètement disparu. Ainsi, sur toute la périphérie de la préparation, en avant et en arrière, se voient des tubes nerveux formant de petits îlots qui s'enfoncent plus ou moins profondément à travers la sclérose névroglique. Ces tubes nerveux sont intacts, ils ont des gaines de myéline suffisamment épaisses et régulières, des cylindres-axes de calibre et de coloration habituels. Dans leur voisinage, il n'est pas rare de rencontrer d'autres tubes qui, quoique démyélinisés, possèdent encore des cylindres-axes nettement reconnaissables malgré un certain degré d'atrophie. La *substance grise* n'est représentée que par une toute petite portion de la corne antérieure gauche, dans laquelle s'aperçoivent quelques tubes myéliniques et 5 à 6 grandes cellules radiculaires ; ces cellules sont petites, presque totalement privées de leurs prolongements, avec des chromatophiles poussiéreux et peu abondants, avec un noyau souvent refoulé à la périphérie et présentant une membrane nucléaire plissée et mal colorée. A une petite distance de ce restant de substance grise, on distingue le *sillon médian-antérieur*, bien individualisé par ses larges dimensions et ses vaisseaux, artériels ou veineux, auprès desquels passent encore quelques fascicules radiculaires plus ou moins riches en fibres nerveuses.

Tous ces caractères histologiques (sclérose surtout névroglique et en pleine évolution ; persistance de quelques îlots de tubes nerveux à la périphérie de la moelle ; conservation d'un peu de substance grise dans la corne antérieure gauche) permettent bien de penser que cette *moitié latérale gauche* de la moelle, au niveau de la 5° racine dorsale, est envahie par un processus lésionnel plus tardif et très vraisemblablement secondaire à la sclérose conjonctive inflammatoire rencontrée dans la moitié latérale droite.

Partout, *les méninges*, méninges molles et dure-mère, sont atteintes. Epaissies et fibreuses, souvent adhérentes à la moelle principalement en arrière et dans tout le côté gauche, elles contiennent, en assez grand nombre, des nodules inflammatoires de petites cellules rondes à gros noyau, et des vaisseaux altérés de diverses façons. Les artères présentent, comme dans la moelle,

une inflammation scléreuse de leurs tuniques externes; les veines sont très dilatées partout, au point de former dans l'épaisseur des méninges, des lacs souvent considérables est distendus par le sang, mais elles possèdent des parois suffisamment intactes.

Les *racines rachidiennes* ne sont plus représentées à droite que par quelques fascicules petits et peu riches en tubes nerveux; à gauche, au contraire, elles forment à la périphérie de la moelle 7 à 8 fascicules arrondis qui conservent un grand nombre de fibres intactes, surtout pour les fascicules radiculaires postérieurs.

B. *Coupes au niveau de la 6e racine dorsale.* — Les lésions ont sensiblement diminué d'intensité, tout en conservant les mêmes caractères généraux. La *sclérose conjonctive* n'occupe guère que la moitié latérale droite de la coupe; et même en avant, elle n'atteint pas complètement la périphérie de la moelle, dont elle est séparée par un tissu névroglique contenant encore un certain nombre de tubes nerveux. Les faisceaux conjonctifs de cette sclérose sont pour la plupart à direction longitudinale; partout ils apparaissent très denses, sans dégénérescence d'aucune sorte. Les masses pigmentaires et les nodules inflammatoires sont abondants surtout dans les zones postérieures.

Dans la moitié latérale gauche, se voit une *sclérose névroglique*, identique à celle signalée sur les coupes faites plus haut, mais moins accusée; surtout elle présente exceptionnellement les fascicules et tourbillons périvasculaires rencontrés dans les coupes précédentes. Les îlots des tubes nerveux conservés sont plus nombreux sur toute la périphérie de la moelle, et quelques-uns vont assez avant dans le cordon antéro-latéral. Toutefois, la presque totalité de la substance blanche continue à être démyélinisée comme précédemment. La substance grise est représentée simplement par quelques grandes cellules radiculaires, disséminées çà et là à travers le tissu de la corne antérieure: à ce niveau, les tubes nerveux sont très clairsemés, après coloration par la méthode de Weigert-Pal.

La *méningite* existe encore à un degré assez marqué. Les méninges molles sont épaisses, adhérentes à la moelle et à la dure-mère. Leurs nodules inflammatoires sont semés un peu partout. Les artérioles sont le siège d'une périartérite accusée, et les veinules apparaissent très dilatées.

C. *Coupes au niveau de la 7e racine dorsale.* — Les caractères de la lésion changent complètement. D'abord, les cordons postérieurs et les racines adjacentes se remplissent de fibres nerveuses, en même temps que les méninges redeviennent à peu près normales, bien qu'elles contiennent encore quelques nodules inflammatoires

disséminés çà et là ; par contre les cornes de la substance grise ne sont représentées que par quelques éléments cellulaires assez altérés. Les cordons latéraux sont scléreux, surtout à droite ; d'ailleurs, toute la périphérie de la moelle dans son segment antéro-latéral est à peu près complètement démyélinisée, comme il arrive habituellement au voisinage d'un foyer destructif. Pour la première fois, le microscope montre des *cavités* et des lacunes placées, pour la plupart, dans la substance grise ; les grandes cavités n'ont pas de paroi névroglique appréciable, elles sont simplement entourées par les tubes nerveux plus ou moins enroulés et refoulés ; les petites sont souvent creusées au sein des masses névrogliques, plus ou moins denses répandues dans toute la moitié antérieure de la coupe : ces masses paraissant se raréfier par fonte progressive de leurs éléments, comme il arrive au cours de certaines scléroses névrogliques anciennes.

D. *Coupes au niveau de la 8e racine dorsale.* — La substance grise a repris sa configuration et sa structure habituelles ; les cellules des cornes antérieures, suffisamment nombreuses, ont un aspect normal à tous les points de vue. Les cordons postérieurs sont bien garnis de fibres nerveuses. Les cordons antéro-latéraux continuent à être dégénérés des deux côtés ; à droite, le tissu scléreux, plus dense et plus rétractile, est de date certainement plus ancienne. Les racines rachidiennes postérieures sont à peu près normales. Les racines antérieures présentent encore beaucoup de fascicules vides de tubes nerveux.

E. *Coupes au niveau de la 3e dorsale.* — La moelle n'a certainement aucune lésion primitive. A signaler simplement : dans le cordon postérieur, la dégénérescence secondaire ascendante du cordon de Goll ; dans le cordon antéro-latéral, la dégénérescence également secondaire du faisceau cérébelleux direct, et la dégénérescence rétrograde des deux faisceaux pyramidaux croisés, nettement prédominante à droite.

En résumé le foyer principal de la moelle dorsale moyenne loin d'être simplement cicatriciel, présente tous les caractères d'une lésion inflammatoire de nature infectieuse. Il y a eu dans son développement deux périodes distinctes : la première, qui, très vraisemblablement, a succédé au traumatisme initial, a donné la sclérose conjonctive ; la seconde période a abouti à cette sclérose névroglique de la moitié gauche de la moelle, encore en pleine évolution.

Au-dessus et au-dessous de ce foyer principal les lésions précédentes ont continué à s'étendre, mais à une faible dis-

tance seulement. Le processus n'a pas atteint la huitième racine dorsale; à ce niveau, la moelle ne présente plus aucune lésion primitive.

Il est intéressant de rapprocher de l'observation clinique du malade les constatations faites au laboratoire d'anatomie pathologique. En coordonnant leurs éléments, nous pouvons non seulement faire une adaptation de la physiologie expérimentale à tels ou tels faits de la pathologie humaine, mais nous pouvons faire de la véritable physiologie humaine. Seulement, comme ces données que la nature a fait passer sous nos yeux, sans notre collaboration, sont à peu près les seules dont la physiologie humaine puisse profiter, leur groupement, leur interprétation constituera comme une espèce de physiologie pathologique.

Un premier fait est à retenir dans cette histoire. Cet homme, frappé d'un coup de couteau qui a traversé la colonne vertébrale de part en part, y laissant un corps étranger volumineux et septique, cet homme n'a pas suppuré. Quelques jours après le traumatisme, la plaie se fermait, endormant, pour près de quatorze années, les germes infectieux dont elle venait d'être ensemencée. C'est la confirmation d'un fait connu depuis longtemps : Les blessures graves de la moelle épinière ne déterminent pas de myélite suppurée. La résistance du tissu nerveux à la suppuration est une sorte de privilège que les chirurgiens, opérant sur les nerfs périphériques, connaissent depuis longtemps. La façon dont s'est constituée la cicatrice autour du corps étranger, pourrait, si nous manquions des renseignements que nous avons recueillis de la bouche du malade, nous apprendre qu'il s'est agi là d'un travail de sclérose conjonctive sans réaction infectieuse. Les larges tractus fibreux qui doublent la cavité traumatique ont une structure qui contraste de la façon la plus nette, avec les productions franchement inflammatoires que l'infection a semées vers la fin de la vie dans tous les territoires voisins.

On peut se demander ensuite pourquoi les phénomènes spinaux se sont diffusés, immédiatement après le coup de couteau, sous forme d'une véritable paraplégie, de telle sorte que le syndrome de Brown-Séquard ne s'est constitué, ne s'est dégagé de la scène morbide qu'au bout d'un temps assez long. Des expériences de B. Sequard nous rendent

compte de ces phénomènes. Elles ont montré qu'une simple piqûre portant sur une des moitiés de la moelle équivaut, pour ce qui est des effets immédiatement observés, à une hémisection complète. Il n'est donc pas étonnant qu'une hémisection ait donné pendant quelques jours la symptomatologie d'une section transversale. Les constatations macroscopiques, l'analyse minutieuse des préparations, achèvent de confirmer ce que la physiologie nous permettait de prévoir. Nous avons trouvé tout le long de la moelle, dans la portion sous-jacente à la section, des traces d'une hémorrhagie qui s'est faite, au moment de la blessure, dans le canal rachidien. Les préparations microscopique que nous ont montré au voisinage du foyer traumatique des granulations pigmentaires, vestiges, elles aussi, d'anciens foyers hémorrhagiques contemporains de la plaie. Ces hémorrhagies ont altéré la pureté des résultats expérimentaux obtenus par les physiologistes qui respectent les artères et arrêtent les épanchements sanguins. Les caillots ne s'arrêtent pas sur la ligne médiane, ils empiètent sur le côté opposé à la section : en résumé, ils ont déterminé dans le tissus médullaire des compressions dont l'action s'est ajoutée à celle de la lésion mécanique[1]. Nous comprenons maintenant que cette action se soit atténuée, finissant même, à mesure que la résorption se faisait, par disparaître, laissant émerger les phénomènes propres à la seule hémisection, c'est-à-dire le syndrome de B. Séquard.

L'amélioration beaucoup plus tardive, beaucoup plus lente aussi que nous avons pu constater dans les années qui ont suivi, est due certainement à d'autres causes qu'il convient de dégager, elles aussi. Lorsqu'en 1897, nous remarquons que la paraplégie s'est améliorée depuis 1893, le mécanisme qui a présidé à la rétrocession des phénomènes morbides ne peut plus être celui que nous précisions tout à l'heure. La restitution partielle de la fonction nous paraît être ici le résultat d'une suppléance qui s'est peu à peu établie au profit du côté lésé, par l'intermédiaire des fibres correspondantes du côté opposé.

[1] Cette compression a dû, suivant toute vraisemblance, être assez violente, s'exercer profondément, jusqu'à l'axe gris central, car c'est dans la substance grise péri-épendymaire que siègent les centres de la tonicité sphintérienne et nous savons que le malade a eu, dès le début, des troubles des réservoirs.

Nous avons vu que le faisceau pyramidal du côté droit était dégénéré au-dessous de sa section, ce qui explique la monoplégie motrice directe et l'exagération des réflexes allant jusqu'à l'opportunité de contracture. Les faisceaux postérieurs et les faisceaux cerébelleux directs ont présenté, comme c'est la loi, les caractères des dégénérations fasciculées dans les parties droites de la moelle situées au-dessus de la section.

Au début, tous les modes de sensibilité furent abolis, mais dans la suite, une sorte de dissociation se fit entre eux. En 1893, six ans après la blessure, nous constatons que l'anesthésie a fait place à la dysesthésie que nous avons décrite, tandis que la sensibilité thermique est revenue. Une suppléance fonctionnelle s'est donc faite au profit de cette sensibilité thermique, dont n'a pas bénéficié la sensibilité à la douleur. Les impressions qu'elles conduisent, l'une et l'autre, semblent donc ne pas suivre les mêmes voies dans la moelle.

Quant au sens musculaire, il était, lui aussi, revenu en partie, car la marche était devenue possible vers 1893, et celle-ci n'est compatible qu'avec une conservation, au moins partielle, de ce mode de sensibilité.

Nous n'avons point à insister sur les troubles trophiques, musculaires ou cutanés, qui s'expliquent suffisamment par l'étendue même de la lésion destructive initiale de même que par l'extension du travail phlegmasique originairement développé au voisinage immédiat de la plaie médullaire. L'escharre est apparue quelques jous seulement après l'accident, mais Charcot n'a-t-il pas trouvé de l'hypertrophie des cylindraxes et la prolifération des myélocytes au voisinage d'une plaie spinale vingt-quatre heures après l'accident.

Le fait le plus curieux à signaler, est incontestablement la tolérance du tissu nerveux pour le corps étranger implanté dans sa substance. Les altérations microscopiques démontrent ici avec la dernière évidence que c'est bien la section et non le travail phlegmasique qui l'a suivi, qui a commandé toute la symptomatologie. Les lésions systématiques de la moelle, les dégénérescences fasciculées, ont, au point de vue histologique. un tout autre aspect que les altérations infectieuses, franchement inflammatoires, qui ont marqué les dernières périodes de la vie et ont donné lieu à la symptomatologie complexe de la phase terminale qui est venu

altérer la pureté du syndrome de Brown-Séquard, demeuré pendant plusieurs années rigoureusement intact.

Les premières lésions sont constituées par une sclérose conjonctive, cicatricielle, à gros tractus, prenant largement les colorations, ne s'étendant qu'à une petite distance du foyer traumatique.

Les autres s'étalent à une plus grande distance dans la moelle. Le tissu qu'elles ont édifié est plus grêle, se colore plus finement, aboutit à une sclérose névroglique que la mort a surpris et fixé en pleine évolution. Leur pathogénie est facile. Les larges escharres qui se multipliaient le long du membre inférieur gauche, laissant de vastes ulcères en pleine suppuration, étaient autant de portes d'entrée expliquant la possibilité d'un ensemencement nouveau du vieux foyer cicatriciel médullaire endormi depuis près de quatorze ans. Une poussée aiguë infectieuse s'est faite autour du corps étranger, un véritable abcès qui s'est ouvert dans le service de médecine où se trouvait le malade, puis s'est cicatrisé. Mais, si de nouvelles collections purulentes ne se sont plus formées, la poussée inflammatoire, cette fois, a dépassé le foyer traumatique initial. Nous en avons la preuve dans la complexité des signes cliniques présentés dès cette époque par le malade, et dans les altérations histologiques dont la structure accuse la jeunesse et dont l'étude topographique démontre la diffusion. Ainsi s'est trouvé submergé dans la diversité des phénomènes résultant de cette myélite diffuse, le syndrome de Brown-Séquard qui s'était accusé pendant si longtemps avec la plus parfaite netteté.

Asile d'aliénés de la Roche-Guyon. — Sur la proposition de M. le Préfet, M. le président du Conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, vient d'accorder une médaille d'honneur de l'assistance publique à M. et Mme Martineau, infirmiers à l'asile d'aliénés, chargés du quartier des *enfants arriérés et épileptiques*. Nos félicitations. (*La Démocratie vendéenne* du dimanche 15 novembre 1903).

CLINIQUE MENTALE

Hospice de Bicêtre. — SERVICE DU D[r] J. SÉGLAS

Contribution à l'étude clinique des monologues chez les aliénés ;

Par DARCANNE, interne provisoire des hôpitaux.

Notre maître, le D[r] Séglas, a montré dans son livre sur les « Troubles du langage chez les aliénés » combien l'étude de ces perturbations si fréquentes dans les diverses maladies mentales est précieuse et combien les renseignements que l'on en tire sont nombreux et importants, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic.

Il est un trouble du langage qui semble n'avoir fixé qu'incidemment l'attention des cliniciens sans avoir fait l'objet d'études spéciales [1] et dont la connaissance peut souvent fournir des indications utiles pour le diagnostic et le pronostic des diverses maladies mentales. C'est le monologue.

Le monologue, en effet, en tant qu'il extériorise d'une façon automatique la pensée intime du malade, est un excellent moyen d'observation de son délire, de son état mental réel. On n'a plus à compter alors avec la méfiance, la dissi-

[1] Nous citerons cependant un intéressant travail de RAGGI. — *Sul soliloquio dei pazzi*; il manicomio, fasc 3, 1898. On trouve encore quelques indications sur cette question dans les travaux suivants :

KRAUSE. — *Ueber Zustände von Verwirtheit und Aufregung oder stupor in Beginnen und Verlaufe der chronischen Paranoïa.* in Monatsschrift fur Psych. u Neur, Bd 1887. — L. VENTURI. — *I Discorsi dei pazzi; in Manicomio*, fasc. 1 et 2, 1893. — DE SANCTIS et MATTOLI — *Primo. Contributo alla conoscenza della evoluzione dei delirii in rapporto specialmente agli indebolimenti psichici consecutivi, in Riv. quind. di psicologia.* fasc. 13, 1898. — DE SANCTIS et VESPA. — *Contributo alla conoscenza del decorso dei psicosi e della evoluzione dei delirii in rapporto agli indebolimenti psichici secondari, in Riv. quind. di psicologia*, fasc. 1 et 2, 1899

mulation, les réticences du sujet ; avec les modifications qui résultent dans un dialogue de la fixation de l'attention, des suggestions involontaires, des questions posées. Dans certains cas même, comme par exemple l'étude des hallucinés, le monologue est un procédé d'observation des plus précieux. Celà ne veut nullement dire que le monologue puisse remplacer l'interrogatoire dialogué, mais il le précise et le complète, au même titre que l'étude des écrits.

D'un autre côté, le monologue ne se présente pas toujours de la même façon, avec les mêmes caractères. Ceux-ci varient en effet avec les formes morbides et aux différentes étapes de leur évolution, et leur connaissance peut ainsi devenir à l'occasion un élément de pronostic utile.

I. — Etude symptomatique

a) *Caractères extrinsèques.* — La grande majorité des aliénés monologuent. Chez certains le fait est évident. On les voit, en effet, parcourir le lieu où ils se trouvent en vociférant, d'autres fois en parlant tranquillement et de l'air le plus naturel du monde, accompagnant leurs discours de gestes plus ou moins appropriés. La présence d'une personne étrangère n'interrompt nullement leur monologue. Chez ceux-là le symptôme est facile à constater et à étudier. Ils parlent *haut, en public comme dans la solitude.*

Cependant certains individus se laissent, pour ainsi dire, intimider par la présence d'une personne quelconque et ne soliloquent *à voix haute* que lorsqu'ils sont *seuls.* Se croient-ils dans un lieu désert, dans un endroit où on ne peut les observer, ils commencent leurs discours. Si l'observateur, un instant caché, apparaît brusquement, le monologueur s'arrête, paraît quelque peu troublé ; mais il est facile de voir qu'il continue à extérioriser sa pensée par des paroles prononcées à voix basse et comme en se cachant. Plus l'observateur s'approche et plus la tonalité baisse.

Souvent même on pourrait croire que l'individu a cessé de soliloquer si le frémissement de ses lèvres ne venait le trahir. Dans certains cas même tout phénomène extérieur cesse ; mais on est autorisé à penser que le malade n'en continue pas moins son discours, soit qu'il accomplisse un mouvement stéréotypé qu'il associe généralement à tel mot

ou telle phrase connue, soit qu'il exécute des gestes mimiques de signification plus générale ou que l'on saisisse dans les réactions mobiles de sa physionomie des traces d'expressions variées, trahissant la suppléance du langage articulé par le langage mimique et la persistance du monologue intérieur. Si l'observateur se retire, l'aliéné reprend son monologue à voix haute.

Certains malades, qui ont l'habitude de parler seuls à voix haute, le font seulement en présence de personnes avec lesquelles ils vivent communément (malades, infirmiers); mais dès qu'un visiteur les approche, ils se taisent ou parlent plus bas, il faut même beaucoup de temps à certains aliénés pour s'habituer à la présence de telle ou telle personne; c'est ainsi que certains malades, qui m'ont vu dans le service depuis une année entière, se taisent dès que je veux les approcher pour prêter l'oreille à leurs discours.

D'aucuns mêmes sont influencés par *le lieu* où ils se trouvent; tel malade monologue avec énergie, à voix haute lorsqu'il se trouve dans la salle, et se tait ou du moins parle à voix très basse, s'il se promène dans la cour. Il en est d'autres qui parlent constamment à voix basse, qu'ils soient seuls ou entourés de personnes étrangères.

Ces deux types de soliloques *à voix haute et à voix basse* peuvent se transformer l'un en l'autre, c'est-à-dire qu'un aliéné peut à certains moments de la journée parler à voix haute, à d'autres moments à voix basse sans qu'aucune condition extérieur ait changé, soit peut-être que le chuchottement ne résulte que de la fatigue de l'organe vocal, soit, au contraire, qu'un état émotionnel transitoire plus profond, une excitation intellectuelle plus grande provoque la reprise du monologue à voix haute.

Ce caractère du monologue d'avoir lieu à voix haute ou basse est donc assez variable chez le même individu. — Néanmoins on peut dire d'une façon générale que certains aliénés soliloquent à voix haute tandis que d'autres monologuent à voix basse, dans leur milieu ordinaire, en présence des mêmes personnes et en dehors de toute émotion ou phase d'excitation.

Le second caractère du monologue, à savoir celui d'être fait en public ou dans la solitude paraît être moins variable que le précédent pour un même individu. Tel aliéné, tel

paralytique général, parle en public à voix haute, sans se laisser intimider par la présence de n'importe quelle personne. Tel persécuté se cache avec soin, même des individus qui l'approchent chaque jour, pour répondre à ses hallucinations. D'autres aliénés parlent à voix basse, mais seulement lorsqu'ils sont seuls et se distinguent des précédents par ce fait qu'ils ne parlent en public ni à voix haute ni à voix basse. Enfin sous le coup d'une émotion puissante, d'une hallucination intense, il arrive que certains malades, qui, d'ordinaire ne monologuent jamais, se prennent à déclamer à voix haute quelques phrases, quelques mots de protestation.

Nous sommes là sur la limite du fait normal et du fait pathologique, sur cette frontière si difficile à délimiter de façon précise. En effet n'arrive-t-il pas à l'homme le plus normal de prononcer un mot, une phrase à voix haute à la suite d'une frayeur subite, d'une émotion puissante, sous le coup d'une préoccupation dominante et exclusive.

Parmi les aliénés monologueurs, les uns parlent continuellement, d'autres à certains instants seulement de la journée.

Les premiers sont des gens qui sont sous le coup d'une excitation intellectuelle ou émotionnelle plus ou moins durable mais intense. Ils monologuent sans trêve, le jour sans prendre à peine un instant de repos, au moment des repas et aussi la nuit dans l'insomnie qui résulte de leur état maladif.

Ces états sont, en général, aigus et, par conséquent, durent peu ; plus ou moins rapidement l'individu cesse tout monologue, ou bien ne parle plus que de temps en temps.

A côté de ces monologues *diurnes et nocturnes*, il y a des monologues ou *diurnes* ou *nocturnes*.

Le monologue seulement nocturne est très rare ; il est, en tout cas, beaucoup plus difficile à observer. Au contraire le nombre d'aliénés qui ne soliloquent que pendant la journée est très considérable. Ceux-ci, en général, ne parlent que de temps en temps et non d'une façon continue, et, le soir, le sommeil vient en général mettre fin à leurs discours plus ou moins incohérents. Un autre caractère plus général du monologue est d'être *intermittent* ou *habituel*, caractères qui se définissent d'eux-mêmes.

Enfin tandis que certains aliénés accompagnent et soulignent leurs discours d'une *mimique* quelconque, des plus expressives, d'autres semblent psalmodier une complainte monotone et paraissent indifférents à leurs propres paroles : ils se promènent machinalement dans la cour en répétant quelques phrases, souvent les mêmes, d'une voix monotone; rien sur leur visage ne trahit la moindre émotion, ils semblent répéter une phrase dont ils ont perdu le sens; leur mimique est nulle, leur œil terne est sans mobilité, les gestes absents; ce sont le plus souvent des déments complets.

D'autres, au contraire, accompagnent leur monologue de gestes bien appropriés, leur physionomie exprime tour à tour la colère, la frayeur, le dédain, l'attention, etc., et leur mimique est en parfaite harmonie avec leur langage. Certains semblent, pour ainsi dire, l'exagération des précédents, mais la mobilité extrême de leur physionomie, leur gesticulation désordonnée sont plutôt le fait d'un état d'excitation psycho-motrice connexe que les correspondants mimiques réels de leur langage.

Ajoutons que certains malades avouent leur habitude de monologueur et l'expliquent par une raison quelconque, tandis que d'autres ne peuvent en donner la raison et ne semblent pas même se rendre compte de cette bizarrerie.

Mais n'oublions pas que toute une catégorie de malades, surtout les persécutés, se cachent avec le plus grand soin pour soliloquer, et, pris sur le fait, n'avouent pas et prétendent ou n'avoir pas parlé ou n'avoir fait que répondre à des interlocuteurs présents ou imaginaires.

Certaines conditions influent sur la fréquence et le caractère des monologues, notamment le changement de milieu, de certaines habitudes particulières qui amènent une pertubation plus ou moins sensible, plus ou moins durable sur les caractères extrinsèques ou intrinsèques des monologues.

Nous venons d'étudier brièvement les caractères objectifs du monologue en général et nous avons vu que le monologue peut être habituel ou intermittent, diurne ou nocturne ou les deux à la fois, qu'il peut se produire dans la solitude ou en public, à voix haute ou basse, avec ou sans réactions mimiques.

b) *Caractères intrinsèques.* — En dehors de ces caractères objectifs, extrinsèques, de forme, il y a lieu d'étudier les caractères, de fond, intrinsèques. C'est ainsi que le monologue peut être suivi ou incohéreut, logique ou dyslogique.

Les monologues suivis sont beaucoup plus rares que les incohérents, car on les rencontre surtout (mais non exclusivement) chez les délirants systématiques qui monologuent peu, ou du moins ne le font souvent que lorsqu'ils ne se sentent pas observés. Là le malade poursuit et exprime une idée nette et suivie en rapport avec tel ou tel épisode de son système délirant. En voici un exemple :

« On me manque de respect de toutes les manières. Je ne veux plus de M. Drumont qui m'insulte constamment. Il m'insulte la nuit, le jour ; je ne veux plus de cela. Je sais bien pourquoi il m'insulte, c'est parce qu'il est l'homme de confiance de l'archevêque. Il voudrait aussi abuser de moi. Il voudrait faire des cochonneries, m'insulter avec ses organes sexuels. Mais j'en ai assez et je dis qu'un homme ne peut jouer le rôle d'une femme.

« La pédérastie est le crime qui déshonore le plus l'espèce humaine. C'est dégoûtant que les hommes se conduisent en femmes, que des hommes changent de sexe. Cela n'est pas permis De même qu'un homme ne doit pas s'habiller de vêtements de femme, de même il ne doit pas se comporter avec ses organes sexuels comme la femme s'y comporte. Voilà ce que ceux qui m'insultent voudraient me faire subir, mais, je ne veux pas. »

Mais bien plus souvent le monologue est décousu, incohérent. L'aliéné passe brusquement d'une idée à une autre, sans transition apparente. Parfois il est possible de surprendre le mécanisme de ce décousu de son langage, idéorrhée, assonnances, etc. Mais dans bien des cas, la pensée du malade paraît passer d'une idée à une autre sans qu'il y ait aucun lien entre les deux : il ne paraît plus capable de faire des phrases suivies. Comme exemple de monologue décousu on peut citer le suivant pris chez un dément paranoïde :

« Je n'ai pas d'enfants. Ça ne peut pas travailler. Quand vous aurez des petites factures, vous n'aurez plus de petites bouteilles. A Dieu l'évêque. — Pont-l'Evêque. A Dieu tout. — Quand j'ai un œuf dans ma poche je ne peux pas fumer.

« Voilà un anglais, il sait limer, il sait plaquer la lime. — Je suis blond couleur des cheveux, le père Merlin vous a donné des eaux d'Israël et un gobelet d'argent. — Quand on a écrit, c'est du

crayon, une mine de crayon, une mine d'Anzin. — Quand ils avaient de l'argent ils vendaient de l'eau-de-vie de marc. Il faut être ou ne plus manger ce qu'on a, de la morue. — 4 et 4 = 8, 8 et 8, 16, 16 et 16, 86, 86 et 86, 106, le 106e de ligne, il n'y a plus de contrôle.

« Un doigt joue. Il a été gagné parce qu'il a été bossu et qu'il y a égalité de la terre. — J'ai les pupilles dilatées parce que j'ai un œil ouvert par le jour. C'est un œuf craquelé qu'elle a dans une baraque, il ne faut pas lui voler. »

« Ne travaillez pas avec un youpin. C'est trop voleur, il vous volera à la toupie. C'est voleur de protocole et de vinicole. Quand j'ai un œuf dans ma poche je ne peux plus fumer. Je suis mercier et je lime toute la journée. »

Parfois l'incohérence est telle que le monologue n'a plus aucun sens. C'est une suite de mots ne formant même pas des phrases isolées.

Tel est le monologue favori de M..... paralytique général avancé :

« Tout Paris et puis les fils, — le téléphone ; — tabac et tout Paris. — Plaque d'or et je travaille. — Je suis jeune et tout Paris.

« Deux yeux et puis pas de pantalon et puis deux yeux qui passent. — Tu passes Congo et puis Paris. Congo passe et puis lanie (Mélanie) tu fais là Congo, ma chemise, mon pied — mon pied d'or, mes deux pieds d'or, — deux boutons, puis quatre boutons. »

Il est une forme de monologue qui mérite aussi une mention spéciale, ce sont les monologues *dialogués,* sorte de conversation dans laquelle le malade fait à la fois demandes et réponses. Parfois même le malade change de registre pour répondre à la demande qu'il vient de faire. Il emploie tel ton pour la demande, tel ton pour la réponse. Tel est par exemple D..... dément précoce à forme paranoïde, avec cette différence toufefois qu'il parle toujours de la même voix monotone :

« Je désirerais avoir du papier, Monsieur. — Bien, merci. Monsieur. — Eh bien, que faut-il encore ? — Ce que vous voudrez. — Je me mets au rang des personnes du pays... Merci, Monsieur. Je me mets au service du service du sergent Douai, décapité à Paris. — Je suis mal habillé. Je me présente ainsi. — *Parlez-moi donc un peu. — Je n'ai rien à vous dire, Monsieur...* Ah... ah, j'ai rigolé, comment t'appelles-tu ? Marie-Rose. — Ah, ah, Marie-Rose. »

II. — ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE

D'une façon générale, le monologue est une manifestation de l'automatisme psychologique. Le fait est trop évident pour qu'il soit utile d'y insister. Mais le monologue n'est en fait qu'une résultante et si l'on étudie les cas particuliers on voit qu'il peut se rattacher immédiatement à des phénomènes psychologiques assez différents les uns des autres. Parfois il résulte d'une *idée fixe prépondérante* dominant à tout instant l'esprit du malade.

B... est un ancien persécuté systématique chez lequel dominent actuellement des idées de grandeur. Il a fait des inventions, des découvertes qu'on veut lui voler. Il reste sombre, préoccupé, se place dans le même endroit et de temps en temps s'écrie : « Brigands, assassins, graine d'assistance, vous ne les aurez pas mes découvertes, je les garde, je les tiens. Voleurs, assassins. »

Dans d'autres cas, c'est un *état émotionnel* intense qui provoque le monologue.

G... est un mélancolique anxieux, presque panophobique, qui croit avoir la syphilis et s'attend à tout instant à être puni pour ce « crime ». Il marche incessamment, pelotonné sur lui-même, l'œil inquiet, parlant à haute voix de temps en temps :

« Ah, misérable, malheureux, quel crime !!... Cela mérite cent fois la mort... Quels supplices me sont réservés ? J'avais une belle intelligence ; je suis possédé... Quel crime !... l'Enfer !!... »

Parfois c'est l'*idéorrhée*, l'association rapide et tumultueuse des idées qui préside à la naissance du soliloque. En voici un exemple :

« Ça vaut des millions, ça. — La France n'en a jamais vu. — C'est les mac. Ils sont dans leur toit. Il faut envoyer des soldats ou des fusils. Ce n'est pas la France. — Est-ce le 1er décembre ? Eh bien, c'est le 1er janvier. — Et les mois sont de quinze jours. C'est moi, Dieu, demain dictateur. — Alors vive la France et voilà pour le roi. — Et vous allez voir la guerre. — Moi, je ne vais plus vous quitter. C'est moi le roi, le roi d'Allemagne. »

Il chante : — « Ah, la belle Lucie, voilà six mois que je ne mange pas. Je suis encore en jockey. Je ne gagne pas. — Vous avez gagné. Il n'y a que des voleurs en France et moi je n'ai pas joué. »

« *Il chante :* « Tout le monde vous salue, vous êtes sauvé. Ah. Ah! Ah ! je vais rigoler. La guerre avec de l'eau du ciel. »

« Moi, j'ai quarante ans et toutes mes dents ; — le fils de Gambetta. — Je suis jeune. — J'ai dix-sept ans. — Vous ne me reconnaissez pas ; j'ai fait couper mes cheveux. Je n'ai pas la gale : si !... c'est le prince de Galles qui me l'a donnée ; je vais me laver et je ne l'aurai plus.

« Le prince de Galles a la gale. — Il y a des trous pour le prince de Galles. »

Dans certains cas le malade monologue pour répondre à des *hallucinations*. C'est en somme un dialogue mais dont on n'entend qu'une partie.

On peut voir alors le monologueur, généralement un persécuté, prêter l'oreille, s'incliner pour mieux entendre, en même temps que son visage trahit une émotion souvent puissante. Parfois il maîtrise sa colère et ne répond qu'intérieurement ou à voix basse. Mais de temps en temps et tout à coup, il ne tient plus compte des gens qui l'entourent, invective ses ennemis avec la plus grande véhémence.

Tel est le cas de S..., persécuté mégalomane, très halluciné et sur la voie de la démence :

« Brigands, masturbateurs, quand aurez-vous fini ? Vous voudriez m'usurper mes titres, mes conquêtes du sang... mais je suis l'empereur, le grand César... Je vous tuerai, je vous exterminerai...

« *Vous me téléphonez :* ne fume pas, le tabac n'est pas bon... Si je ne me retenais, je vous étranglerais. »

D..., paralytique général est un aliéné fervent du monologue. Il soliloque à voix haute, fait des gestes larges et impérieux, en se tournant constamment du côté de la tour Eiffel qu'il aperçoit à l'horizon. Il s'imagine que là-haut siègent ses ministres (il se croit président, préfet de police) et qu'il correspond avec eux.

Pour se faire comprendre de ses subordonnés, il emploie différents moyens : ou bien il fait des gestes, ou bien il écrit dans l'espace et plus souvent il parle à voix très haute. Chez lui il est très facile de s'apercevoir qu'il dialogue, car souvent il s'arrête, écoute et répond affirmativement ou négativement. Voici un exemple de ses monologues :

« Mme ..., impératrice de Russie. J'ai un pouvoir de Waldeck-Rousseau ; — Ordre impérial et du maréchal des logis. — « Apportez un bulletin blanc au bureau et fournir un médecin pour les colonnes pour le personnel à droite et à gauche. »

Il prête l'oreille et dit :

« Entrez, entrez, l'artillerie, Augustine, fais-moi entrer l'artillerie un peu... Entrez dans la préfecture. »

Il écoute :

— Oui, il y a un médecin ici.

Il écoute encore :

— Oui, j'ai les voitures de médecine ici.

Il écrit dans l'espace, regarde, fait de grands gestes, salue, prête l'oreille :

« Ah ! il ne peut pas ; — je suis consigné. »

Dans les cas précédents il s'agit d'hallucinations sensorielles, mais on peut trouver à l'origine du monologue des phénomènes de même ordre de caractère moteur, hallucinations verbales motrices et surtout impulsions verbales.

Tel est le cas de L..., tabétique délirant avec idées de persécution. — Il parle intérieurement « des mots lui sortent de la bouche sans qu'il puisse les arrêter ». — S'il lit son journal, il se plaint qu'on le lise plus vite que lui. — Les mots sont prononcés trop vite, il ne comprend plus. Il marmotte constamment (il chante, comme il dit) et voici un exemple de ce que ses hallucinations lui font prononcer :

« L'oncle Filoche est une crapulerie, Mme Filoche est une honnête femme. Tous les Filoches sont des honnêtes gens. Le petit Pageux (c'est lui) est une crapulerie aussi tout de même. »

Cela l'ennuie beaucoup de chanter toujours la même chanson, aussi a-t-il imaginé une manière de chasser ses hallucinations, il répète constamment « Kaskow, colonie du Cap ».

Cela les empêche de le faire chanter.

On peut rapprocher de ces cas ceux des monologues à forme dialoguée dans lesquelles une des deux parties restant consciente, l'autre revêt la forme de la parole involontaire et inconsciente qui est pour le langage parlé l'analogue de l'écriture automatique. Notre maître M. Séglas en a rapporté dans ses « Leçons cliniques » un bel exemple :

« Inconsciente. — Mme Dubois.

« Consciente. — Je ne la connais pas, je suis de la campagne.

« Inc. — Saint Thomas est blanc comme un mort.

« Cons. — Un saint qui m'est apparu.

« Inc. — Il sait te comprendre.

« Cons. — Je ne comprends pas, je ne puis parler.

« I. — Elle est prêtre cette fille.

« C. — Moi je ne sais que dire.
« I. — A jeter au fumier.
« C. — Je suis innocente... J'ai peur que ces francs-maçons ne me fassent du mal.
« De ces phrases, les unes sont seules conscientes. « C'est moi qui dis cela », déclare la malade, lorsqu'on l'interroge au moment même à ce sujet. Les autres, elle les a entendues, mais elle nie énergiquement les avoir prononcées, bien qu'elle se soit exprimée à haute voix. »

C'est encore à la même origine qu'on doit rapporter le monologue de ces agités en proie à une loquacité intarissable et incohérente et qui ne cessent de vociférer sans pouvoir s'arrêter, entrainés par une sorte d'impulsion irrésistible (*Zwangsreden*).

« Hélas, disait à Max Simon, une de ses malades, je suis brisée, j'ai crié toute la matinée, je n'en puis plus ! — Pourquoi donc criez-vous ainsi ? Cela vous fait mal. — Hélas, c'est plus fort que moi, ça me vient, il faut que je crie; je vais vite manger parce qu'il faudra que je recommence. »

La verbigération des catatoniques en période d'excitation reconnaît peut-être aussi la même origine (Kahlbaüm).

L'énumération précédente nous a montré les rapports de plus en plus divers du monologue avec l'automatisme psychologique. Dans les derniers faits même, nous l'avons vu se manifester en correspondance avec des faits de dissociation de la personnalité ; mais il est des cas encore plus caractérisés dans lesquels il se présente comme une émanation directe de l'automatisme et de la désagrégation psychique, comme un *phénomène subconscient*. Tels sont les monologues que l'on observe dans les états délirants à forme de rêve, dans les somnambulismes hystériques, la période délirante des attaques hystériques ou des accès épileptiques, la confusion mentale, etc.

Dans les attaques d'hystérie, plus souvent dans les grands accès, les monologues sont fréquents.

« Je vous l'avais bien dit, tous les médecins sont des idiots. P..., G... ne sont que des imbéciles, je les connais bien... je meurs, je meurs... »

Les épileptiques soliloquent parfois aussi, quoique le fait soit plus rare. Généralement c'est à la suite d'une crise, d'un

vertige qu'on les voit monologuer ; ils le font le plus souvent avec véhémence, énergie, violence même.

Témoin ce malade épileptique cité par Kraft Ebing, qui délirait constamment après ses accès :

« Me voilà mort ! «

Et un autre jour :

« Je n'ai jamais assassiné personne, j'ai folichonné. — Maison de fous. — Je n'ai jamais été Dieu ni empereur, ni Satan, je me suis fait passer pour le Christ, en effet c'est moi qui suis le Christ avec la couronne d'épines, car je n'ai jamais été faux monnayeur et je n'ai jamais volé 30 kreutzer. »

Généralement le monologue de l'épilepsie est court ; c'est le plus souvent une insulte que le malade profère après sa crise. Un des malades de notre service dit constamment après ses crises : « m....., cochon ». Dans d'autres cas le monologue remplace l'accès épileptique. C'est un équivalent. Dans ce cas le discours peut être plus prolongé.

« Catherine d'Ecosse, avez-vous déjà réuni vos preux chevaliers ? Nous allons les faire partir. Rassemblez votre petite troupe, Catherine mon épouse. Partons ensemble le jour de notre mariage dussions-nous renoncer au plaisir qui appartient à ce jour de grand bonheur... Qui oserait répaudre le sang d'un roi ? Ralliez-vous ! C'est triste d'être troublé le plus beau jour de sa vie... »

Enfin l'épileptique en état de démence ou de déchéance complète monologue aussi et son discours est incohérent, décousu, illogique.

Certains malades atteints de confusion mentale se mettent aussi à monologuer ; ces cas sont rares mais méritent d'être signalés. Leur délire est calme, tranquille ; ils parlent à voix basse, souvent marmottent entre leurs dents des mots plus ou moins compréhensibles. Il est rare d'avoir un monologue suivi. Dans une leçon du Dr Seglas, on en trouve un bel exemple :

« Je t'aime... tu es mon Paul, mon bijou... oui mon enfant... ne bois pas... le poison... la voiture... manger... le duc de Clermont-Tonnerre... suis-je morte... je suis ta femme... je ne veux pas que tu le croies... non, je ne le mettrai pas... tu es un ambitieux... pas toi, l'autre... viens Lucien... des robes... sur le banc. »

Très souvent, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, le monologue a son point de départ immédiat dans l'*affai-*

blissement plus ou moins prononcé des facultés intellectuelles.

Tel est le cas de T..., dément paranoïde qui ne cesse de se livrer en se promenant dans la cour, à un monologue des plus décousus :

« Vous porterez pince-nez, M. Bonse. Il est très âgé. Dans le temps il est venu dans le bureau, au mois de février 1901, 5e trimestre, à l'inspection sanitaire. Le 28 il n'y a que 28 jours du 1er au 5. Il y a à faire le journal et à apprendre la grammaire. M. Thaon doit y habiter. Etant sur le boulevard on voit toute la façade. Je croyais que c'était par le boulevard Montebello, la rue des Postes. — Jules Gaston comparait en justice pour instruction de son affaire. — N'est-il pas médecin à Sainte-Eugénie ? »

C'est en pareille circonstance que l'on observe les monologues en rapport avec les *stéréotypies*, veritables stéréotypies verbales et dont nous avons rapporté un exemple.

En voici un autre : B..., malade du service, se promène lentement en tournoyant sur lui-même et répétant d'un ton monotone les quelques phrases suivantes :

« Ah ! mes wagons, mes beaux wagons. — Voici les bagages... mes wagons — mes beaux wagons !... »

C'est là aussi que l'on rencontre les monologues qui se produisent comme une manifestation de ce que l'on a appelé le *langage réflexe* (Robertson). On sait qu'en ce dernier cas, le malade parle, émet des idées généralement très banales ; elles paraissent non dépourvues de sens et cependant derrière elles il n'y a rien. Le malade n'a pas pensé, n'a rien élaboré. C'est le cas de ces personnes qni, vous abordant, disent : « Bonjour Monsieur, comment allez-vous, très bien et vous » d'un seul trait, sans attendre la réponse. Ce phénomène, étendu aux phrases de la conversation usuelle, se trouve souvent chez les aliénés. Ils parlent le langage reflexe mais aucune idée ne correspond à leurs paroles.

A..., dément sénile, nous aborde ainsi :

« Bonjour, mon cher docteur, comme je suis satisfait de vous voir, oh, oui, je suis bien satisfait de vous voir — je suis bien heureux — le temps est beau — jeudi prochain mes gens viennent me voir. — Je m'amuse, j'écris, je travaille bien. — Je suis ancien plombier, j'ai fait bien des tuyaux à gaz. Je suis bien satisfait de vous voir. — Je voudrais vous demander un petit service. — Prenez-moi donc cette petite lettre, je suis satisfait de vous voir... »

On peut remarquer que les mêmes phrases reviennent constamment, que les mêmes mots sont employés. D'ailleurs son monologue ne varie jamais et chaque jour il parle du bonheur qu'il éprouve à nous voir, de son métier de plombier, de sa petite lettre.

Dans le même ordre d'idées figureraient encore les monologues par *écholalie*.

Dans ce cas les malades ne répètent que les mots entendus, tels M....., paralytique général, qui, entendant les mots : « il fait beau temps » les répétera presque indéfiniment comme un refrain monotone.

Dans d'autres faits plus curieux, la parole entendue, tel ou tel fait qui se passe devant les yeux du sujet devient, le point de départ d'un monologue qui l'amplifie et le développe.

Ainsi Mai..., imbécile, monologue, lorsqu'il voit l'interne de service gaver quelques malades, dit à voix haute :

« Donnez-lui la sonde (si l'on a dit donnez-moi la sonde), on lui donne la sonde, ah, ah, il a la sonde. — Allez ouvrez la bouche — il dit d'ouvrir la bouche. — Mais il ne veut pas — ah, ah ! on y arrivera, il l'aura la sonde et malgré lui. — J'aime voir cela, mais tiens voilà la surveillante, qu'est-ce qu'elle vient faire là. — Je ne sais pas, etc... »

Comme on le voit tout le fond de ce monologue est pris dans des faits extérieurs. Le malade communique ses impressions, parle de ce qu'il entend, de ce qu'il voit. C'est là un fait assez rare, car les autres monologueurs puisent surtout leurs soliloques dans des faits de la vie intérieure de leur vie délirante.

Il arrive souvent et c'est même le cas le plus fréquent que ces différentes conditions psychologiques du monologue n'existent pas à l'état isolé, mais s'associent, pour le produire, les unes aux autres et des façons les plus diverses.

Tel est par exemple le cas de F..., malade en état de démence alcoolique avec excitation constante et idées de grandeur prédominantes, et qui monologue sous l'influence de ces trois facteurs :

« Tu veux être le prince impérial. — Lâche, fainéant ; c'est moi le prince impérial, le roi des rois. — Grand voleur, je te tuerai. — Tu m'obéiras. — Vois-tu *ma* physique, grand lâche. — C'est moi Léon XIII. — Je suis la Vierge Marie. — Tu es envoyé par la belle Eugénie. — Je ne peux pas me retenir quand je vois ça.

« Je suis le père Eternel, le roi Aria... Il marchera et sera nommé empereur, roi... Je suis le père Eternel. »

III. — Valeur séméiologique

L'existence du monologue ne peut servir au diagnostic de l'aliénation puisque le monologue se rencontre même chez des gens bien portants, où il n'a d'autre signification que d'être une forme anormale du langage.

L'existence pure et simple du monologue ne peut non plus servir au diagnostic de telle ou telle forme d'aliénation, car on peut poser en principe qu'il n'y a pas un seul aliéné qui ne monologue à son heure. Néanmoins on peut tirer de l'étude du monologue quelques renseignements utiles surtout si l'on envisage sa fréquence relative.

Il nous est très difficile, en raison des conditions d'observation où nous avons été placé, d'établir une statistique précise à cet égard. Nous dirons seulement d'une façon générale que nous avons noté le monologue plus fréquemment dans les formes chroniques que dans les formes aiguës de l'aliénation mentale.

Que dans les formes chroniques, il nous a paru se montrer surtout dans les états de démence et dans les délires systématisés chroniques, mais tout particulièrement dans les états désignés sous le nom de délires systématisés secondaires : fait qui n'a rien d'étonnant si l'on se rappelle que pour beaucoup d'auteurs ces états correspondent à une affection chronique en marche vers la démence.

Il faut donc étudier les caractères du monologue et ce n'est qu'ainsi qu'on pourra tirer à l'occasion quelques indications utiles : 1° au diagnostic ; 2° au pronostic.

Les indications diagnostiques sont surtout tirées des caractères intrinsèques, par exemple du contenu.

« Je suis le grand empereur, le prince impérial, le roi des rois. Je suis Léon XIII. — J'ai trouvé la gerbe d'or; — je possède la malle des Indes. — Je suis la Vierge Marie, la princesse Wilhelmine, Edouard Ier. — Je communique avec le firmament. — Je suis le créateur du ciel et de la terre. »

Non seulement ce monologue révèle des idées de grandeur, mais l'absurdité même de ces idées dénote un fonds de démence et peut faire soupçonner la paralysie générale.

Nous avons déjà dit d'ailleurs au début que le monologue

est encore le moyen le plus sûr de connaître le caractère, la forme et la couleur d'un délire ; parce que le malade ne subit pas les suggestions d'un interrogatoire, parce qu'il ne dissimule pas comme il le fait quelquefois son délire par suite de tous les motifs connus qui le rendent réticent. Il est même certains malades qui gardent un mutisme obstiné lorsqu'on les interroge et dont le monologue seul révèle les pensées. Tels sont par exemple les catatoniques négativistes.

En voici un exemple recueilli chez un dément catatonique. Le plus généralement muet lorsqu'on l'interpelle directement, il a en revanche l'habitude de monologuer lorsqu'il est abandonné à lui-même et son discours est accompagné de gestes extraordinaires. Tous les muscles de sa face entrent en contraction, il secoue la tête de tous côtés, il ressemble à un individu atteint de chorée :

« Bravo, P... Bravo, P..., ah, ce qu'il vous les tue ! ah, ce qu'il vous les douche ! Bravo, P... Bravo, P... — Le prince d'Orléans et le prince Victor ne viendront pas, il n'y a que toi P... qui peut les vaincre... Bravo, bravo, P... »

A signaler que ce malade ne monologue que lorsqu'il se croit seul ou lorsque un évènement extraordinaire se passe devant lui, par exemple l'arrivée de plusieurs personnes inconnues de lui.

D'autres indications utiles au diagnostic peuvent découler du caractère logique ou décousu des monologues. La logique est surtout en rapport avec les délires systématiques, le décousu avec les états d'excitation générale ou de démence. Si décousu qu'il soit, le monologue d'un excité n'atteint jamais l'incohérence de celui d'un dément. L'incohérence y est due surtout au tumulte des idées dont les liens d'association échappent mais peuvent être reconstitués. Le langage est elliptique.

Au contraire le décousu du monologue du dément traduit non plus le tumulte mais la pauvreté des idées, la monotonie, le rabâchage, l'absurdité.

Parmi les monologues démentiels il faut faire une place à part à ceux des déments précoces dans lesquels on retrouve ce que l'on a appelé le *Wortsalat*.

Tel est Li..., atteint de démence précoce :

« Il fait bon ici. — La capacité ultérieure, les hospices sont pleins devant la capacité dictatoriale.

« Le régiment, il y a un accident ; il faut débarrasser de suite la qualité. Je n'ai jamais été soldat. Je ne veux pas que l'on me sonne

dans l'air... — Je suis tombé dans un cyclone de poussière. — J'ai des affaires, mais il commence à être atroce, d'atrocité. — On prend l'apologie des uns, l'apologie des autres; on finit par être trompé malgré soi. — La chimie se trouve tout seul. Celui qui l'a l'ordonne comme ici ça se passe. — Pendant que certains gagnent de l'argent, ça se distribue journellement. — J'ai passé la visite. — Vous êtes malade, ici là en première catégorie, vous auscultez, entrez sans frapper; voilà... Je dis cela car je suis malade. — On a besoin de respirer, on crache le sang, on n'est pas le malade... on l'est malade, mais on ne le croit pas. — La force physique, l'état nerveux ; l'être n'a pas d'autre chose que l'acte chimique. Il est fertile d'immensité de droit major, par la vanité, l'orgueil... ça ne va pas.., c'est malheureux qu'on ne peut plus faire un pas sans parler de guerre. »

L'étude du monologue dans son contenu peut être encore utile à la connaissance de certains symptômes particuliers tels que les hallucinations.

« Ah voleurs, tas de cochons, assassins, je vous aurai. Je vous couperai le cou. — Lâches, bandits, vous m'*électrisez le front* parce que je suis le grand empereur César Ier, Louis XIV, XV, Jupiter, Mars ; on le verra l'ancien ouvrier horloger, il étranglera tous les internes en médecine, m'avoir fait supporter ce que j'ai supporté, des tortures semblables. »

Cet exemple nous indique l'existence d'hallucinations de la sensibilité générale. Nous avons vu d'autre part qu'on peut être mis de la même façon sur la piste d'hallucinations auditives ou motrices verbales, d'impulsions verbales, de troubles spéciaux de la conscience, de manifestations du langage réflexe.

IV. — Valeur pronostique

La valeur pronotique du monologue est encore plus considérable et résulte aussi de l'examen de ses caractères : 1° intrinsèques ; 2° psychologiques ; 3° extrinsèques.

a) Parmi les *indications pronostiques tirées des caractères intrinsèques*, il convient de parler d'abord du contenu du monologue. L'importance de cette donnée résulte de l'examen même d'un malade à différentes étapes de son affection.

En voici un exemple pris chez un mélancolique (forme délirante), homme instruit, dont la préoccupation unique était la

crainte d'avoir la syphilis et de la transmettre au genre humain entier.

Au début, il ne manifestait ses craintes que par des questions intermittentes raisonnables en elles-mêmes, mais dénotant des inquiétudes peu justifiées.

Au bout d'un certain temps, il arrive à une période de délire systématique secondaire avec idées d'auto-accusation, de négation, d'énormité.

Voici à cette période un de ses monologues :

« Avez-vous jamais vu une vérole aussi épouvantable ! Avez-vous jamais lu dans l'histoire un malheur aussi grand, aussi atroce... Le monde entier qui va périr ! Ces belles populations, ces belles campagnes, ces beaux enfants, tout cela va être contaminé, englouti, à jamais perdu. — Suis-je assez gredin, docteur ? Ah, si j'avais su, j'aurais soigné cette vérole, j'aurais pris mon petit mercure; mais, c'est fini, ma vérole revient pour la troisième fois. — Le monde entier va périr.

« Quelle vérole, avouez-le, docteur. — Allons, un bon mouvement. — Tenez, ce brouillard qui emporte mon virus... (il réfléchit). — Ah ! quelle horrible chose, mais le bon Dieu va avoir la vérole, tout l'univers va être contaminé par ce brouillard. — Suis-je assez malheureux. — Et il n'y a rien à faire. »

Il ouvre brusquement la fenêtre et s'écrie :

« Les voilà, les contaminés, ils arrivent, sauvons-nous, ils cernent le château, nous sommes perdus. Ah, quelle mort aurai-je ? Comment punira-t-on un gredin de mon espèce ? La situation est épouvantable, le monde entier a la vérole. »

Ajoutons qu'à cette période, le monologue n'est plus intermittent comme au début, il se produit constamment en n'importe quel lieu, devant n'importe qui et s'accompagne de gestes, de mimique spéciale : par exemple le malade se déculotte et examine sa verge en public, à table, pour y retrouver les traces de son chancre et les ravages de la syphilis ?

Ce malade est mort à cette période, sans cela il eût évolué sans nul doute, de la même façon que cet autre malade du même genre qui, à la fin, ne répétait plus que ces mots : « Ah, mon Dieu ! Ah, mon Dieu ! »

D'ailleurs, le cas suivant réunit cette évolution :

G..., mélancolique anxieux :

« Ah ! misérable que je suis ! Malheureuse victime. — Je suis possédé du diable. — C'est la syphilis. — Je suis perdu. — C'est trop puni. — Vous êtes cruel. — Ma punition est épouvantable. — Quelle situation. Ah, si j'avais su, j'aurais soigné ma vérole. — Il n'est plus temps. — Que je suis malheureux ! »

Plus tard il ne fait entendre que des mots entrecoupés : « Cruelle situation ; -- c'est abominable » Plus tard enfin, ce ne sont que des gémissements inarticulés : « Ah, ah, ah, ma mère. »

Le délires systématiques secondaires ne sont pas les seuls où l'on remarque cette évolution du monologue, on la retrouve aussi dans les délires systématiques primitifs, souvent chez les malads internés depuis longtemps.

A mesure que la maladie devient plus ancienne le cercle du délire se rétrécit et le monologue traduit cette modification ; le malade ne décrit plus avec ce luxe tout particulier de détails les malheurs dont il est victime, mais de temps en temps il émet une phrase qui résume tout son délire comme par exemple cette expression : « la tourmente simultanée et invisible », ou « le tripotage », c'est le trait caractéristique du délire qui se tasse, qui s'éteint. Bientôt il ne restera plus pour ainsi dire de tant de détails, de tant d'explications qu'un squelette que le malade conservera.

C'est ainsi que P..., autrefois délirant très actif et prolixe dans ses monologues, ne parle plus qu'en termes des plus concis de ses nombreuses misères :

« Ah, toujours le tripotage. — J'ai la tête saccagée ; — c'est le serrurier. »

Le caractère logique ou décousu du monologue est également important pour le pronostic. Le logique est surtout le fait des délires systématisés, affection *chronique*.

Pour le décousu, il faut bien s'assurer s'il se rattache au langage *elliptique* ou à l'incohérence vraie. Dans le premier cas, il est plutôt en rapport avec une forme aiguë (excitation maniaque, par exemple) et souvent curable. Dans le second cas, il est en rapport avec la démence et dénote l'incurabilité.

b) *Indications pronostiques tirées des caractères psychologiques.* — Les monologues d'origine idéative (c'est-à-dire se reliant à une idée prépondérante) sont surtout le fait des formes systématiques et *chroniques*. Ceux d'origine émotionnelle indiquent généralement les vésanies d'accès ou un paroxysme passager au cours d'un autre état vésanique.

Les monologues d'origine hallucinatoire n'ont guère d'importance que s'ils revêtent la forme d'une conversation ou

d'un dialogue suivi ; ils indiquent alors une forme systématique chronique ou un état démentiel. Ils se rapprochent alors des monologues se reliant à des affections dénotant des troubles plus ou moins accentués de la conscience qui sont, en général, graves, et, d'autant plus graves qu'on arrive aux états d'inconscience si accentués propres aux formes chroniques, épilepsie, démence, confusions chroniqnes.

c) *Indications pronostiques tirées des caractères extrinsèques.* — Rappelons que ces caractères sont les suivants : Intermittent ou habituel, — Diurne ou nocturne ou les deux à la fois. — Haut ou bas, — En public ou dans la solitude. — Avec mimique ou non.

On peut dire d'une façon générale, qu'il est des signes tirés de l'étude des caractères extrinsèques des monologues, qui permettent d'affirmer que le pronostic devient défavorable. Tel est le monologue qui « d'aphone » devient à « voix haute », qui « de la solitude » a lieu « en public », qui sans mimique s'accompagne ensuite de mimique, surtout si cette mimique est stéréotypée.

De même le monologue qui s'allonge, devient plus fréquent et tend à l'incohérence, témoigne le plus souvent d'une issue fatale, de l'acheminement vers la chronicité ou la démence.

Parmi ces caractères, les uns tirent leur importance de leur seule présence, les autres de leur mode d'apparition et de combinaison. Parmi les premiers, citons le caractère intermittent ou habituel : le premier coïncide généralement avec des formes aiguës ou des périodes d'agitation. — Le second se rencontre dans les états chroniques, qui, contrairement aux premiers, sont généralement incurables.

Citons aussi le caractère diurne ou nocturne. — Le soliloque diurne est surtout le fait des formes de folie chronique qui ne s'accompagnent pas d'insomnie. Le soliloque exclusivement nocturne est très rare, Il est surtout le fait des formes aiguës et par conséquent curables.

Le plus souvent le monologue est à la fois diurne et nocturne et dans ce cas il est le plus souvent la manifestation d'un état maniaque, d'une excitation passagère.

Le mode de combinaison peut donner, lui aussi, des indications précieuses pour le pronostic. Comparons, par exemple le monologue de la manie aiguë et celui du délire chronique

de persécution, ce dernier incurable contrairement au précédent.

Les deux soliloques se ressemblent par différents points. Tous deux peuvent avoir lieu en public, à voix haute, avec mimique ; mais ils diffèrent aussi par bien des points qui ne sont que des nuances, si l'on veut, mais qui ont une grande importance. La mimique du maniaque est plutôt une gesticulation désordonnée, exubérante, qu'une vraie mimique. — Le persécuté, au contraire, accompagne ses discours d'une mimique appropriée, qui peut plus tard devenir stéréotypée.

Le monologue du maniaque est intermittent, lié à l'accès. Celui du persécuté est habituel. Le monologue du maniaque est décousu, illogique ou, du moins, le paraît (car nous avons vu que c'est surtout le fait de son langage elliptique). — Celui du persécutéest logique et n'est que la manifestation de son délire, de ses souffrances il exprime une idée nette, toujours identique à elle-même.

Enfin le mécanisme du monologue diffère essentiellement chez le maniaque et chez le persécuté. Le premier soliloque en vertu de son état d'excitation générale, le second sous le coup d'une idée prépondérante. Tous ces caractères sont utiles pour la fixation du pronostic, ils permettent souvent d'affirmer l'évolution de la maladie.

Le même exemple peut montrer l'importance du *mode d'apparition* de ces différents caractères. Quand le maniaque se met à monologuer, il le fait brusquement, sans méditation, sans préparation ; le monologue a lieu à voix haute d'emblée. — Il est décousu d'emblée. — En un mot il est tel le premier jour qu'il le sera le dernier. Le monologue du maniaque n'évolue pas, ne change pas ; il reste ce qu'il est. Au contraire le monologue du persécuté subit une évolution lente, progressive, parallèle à l'évolution de la maladie elle-même.

Le persécuté parle d'abord à voix basse, puis à voix haute dans une seconde phase. — Au début de son affection il ne soliloque que dans la solitude, plus tard il parlera en public et à voix haute. — De même il présente peu de réaction mimique dans les premiers temps ; ce n'est que plus tard que la mimique vient accompagner son discours. Enfin son langage, d'abord logique, devient décousu, incohérent, lorsqu'il entre dans la phase de démence.

Relations des maladies unilatérales de l'oreille avec les hallucinations de l'ouïe ;

(*Sur un cas de guérison simultanée d'otite externe unilatérale et d'hallucinations auditives homolatérales.*)

Par le Dr J. CAPGRAS
Médecin-adjoint des asiles d'aliénés[1].

La pathogénie des hallucinations unilatérales est encore discutée ; un remarquable travail de M. Séglas dans les Annales médico-psychologiques de 1902[2], ayant donné un regain d'actualité à cette question, il m'a paru intéressant de publier un fait que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. Mabille dont les conseils m'ont engagé à entreprendre cette étude.

Observation[3]. — *Mélancolie présénile. Idées hypocondriaques, de négation, de culpabilité et de suicide. Paroxysmes d'anxiété. Hallucinations de la vue. Hallucinations auditives verbales très prédominantes du côté gauche. Otite externe du même côté. Diminution du trouble sensoriel parallèle à l'amélioration de l'otite, sa disparition complète aussitôt après l'expulsion d'un bouchon de cérumen. Guérison consécutive de la psychose après une durée de six mois.*

Mme B. Marie, cinquante-deux ans, entrée à l'hôpital de Lafond le 13 février 1902 pour un premier accès de mélancolie anxieuse.

Ses parents se sont toujours bien portés et sont morts à un âge avancé. Elle ne connaît pas d'accidents névropathiques dans sa famille ; un de ses frères et une sœur sont morts de tuberculose pulmonaire, l'un à trente-deux ans, l'autre à quarante-deux. Elle-même a eu la variole à dix ans, une fièvre muqueuse à dix-sept ans, des coliques néphrétiques il y a cinq ans. Elle a fait 2 fausses couches, a perdu une fille de 14 mois du choléra infantile, a

[1] Travail du service de M. le Dr Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond.

[2] J. Séglas. *Les hallucinations unilatérales* (*Annales médico-psychologiques* de mai à décembre 1902).

[3] Prise en collaboration avec M. Daigrier, interne du service.

4 enfants bien portants. N'est pas alcoolique. Il y a trois ans, sa menstruation devint irrégulière et au bout d'un an les règles furent supprimées. Cette ménopause s'accompagna de céphalées fréquentes et d'une irritabilité plus grande du caractère.

En novembre 1902, elle eut un abcès de l'amygdale avec phénomènes généraux marqués, en particulier des vomissements et des arthralgies de l'épaule et du coude. Survient ensuite de l'anorexie, elle commence à maigrir et en même temps se montre l'insomnie, la dépression et les idées noires. Une visite d'une voisine qui lui prédit de longues souffrances l'impressionne au point qu'elle s'imagine avoir reçu « un sort » de cette femme. Dès lors l'anxiété commence : elle ne se rend plus compte du milieu où elle vit, ne s'occupe plus de son ménage, est prise de remords, court dans les églises alors que jusque là elle n'était pas dévote. Puis ce sont des idées hypocondriaques et des hallucinations de la vue : elle voit le diable sous la forme d'un singe, des bêtes courent sur son lit, sortent de sa bouche, lui rongent la gorge, lui dévorent le cœur et l'estomac. Prise de panophobie elle veut s'enfuir de sa maison, et a l'idée de boire du pétrole pour en finir avec ses tortures. Sa famille la conduit alors à l'asile.

A son arrivée, on se trouve en présence d'une femme amaigrie, les traits tirés, la langue saburrale, l'haleine fétide. Dans son délire mélancolique les idées de négation tiennent la première place : elle a la gorge bouchée, le cerveau vide ; on lui a enlevé le cœur et les intestins, son ventre est en poussière. Ce délire s'accompagne d'interprétations et d'hallucinations visuelles : les malades qui l'entourent sont des sorcières, elle voit de gros hannetons grimper sur son corps, sur les murs apparaissent les portraits de son père et de sa mère. Elle se répand en pleurs et en gémissements, disant qu'elle souffrira toujours. Elle est dans l'attente de quelque supplice et prend pour du poison les gouttes de laudanum qu'on lui prescrit.

Peu après son entrée, on reconnait un nouveau symptôme : l'hallucination auditive. Elle entend des voix qui l'injurient, lui reprochent divers méfaits : « Tu as ruiné ton fils, tu le fais mourir. » Des chants funèbres, des gémissements frappent son oreille. La conviction de la mort de son fils ne fait qu'accroître son anxiété. Cependant sous l'influence du traitement opiacé, cette anxiété diminue peu à peu et au bout d'un mois environ la malade consent à s'occuper à la couture et nous donne le renseignement suivant ; ses hallucinations auditives, qui sont encore très actives, viennent toujours du même côté, elle ne les entend que de l'oreille gauche ou du moins elles sont très prédominantes de ce côté ; les hallucinations de la vue au contraire n'offrent rien de comparable. L'examen de l'oreille, pratiqué quelques jours après, nous montre un léger écoulement séro-purulent du côté gauche et rien du côté

droit. Sous l'influence de lavages boriqués l'écoulement cesse, les hallucinations deviennent moins fréquentes, mais cependant la malade nous dit entendre encore parfois les mêmes voix qu'elle extériorise du côté gauche. On introduit alors de la glycérine dans le conduit auditif gauche et l'on maintient toute une nuit cette application glycérinée ; le lendemain après une injection d'eau boriquée, il sort du conduit une certaine quantité de cérumen. A la visite du jour suivant la malade déclare qu'elle a bien dormi et qu'elle n'entend plus de voix. La malade sort complètement guérie le 30 avril; elle a conservé intact le souvenir de ses accidents et nous confirme la réalité de ses hallucinations et leur localisation unilatérale.

Cet état anxieux, avec son éclosion peu après la ménopause et son délire où prédominent les idées hypocondriaques et les idées de négation, réalise le tableau de la mélancolie, psychose d'involution, selon la classification de Kraepelin. Mais l'intérêt de cette observation réside surtout dans les troubles auditifs, leur unilatéralité et leur évolution. Les hallucinations de l'ouïe survinrent, comme il est habituel, longtemps après le début de la dépression mélancolique. Ce furent surtout des hallucinations verbales, hallucinations vraies, les voix étant nettement extériorisées. Fait important, sur lequel la malade attire notre attention, et qu'elle confirme après sa guérison : les voix ne viennent que d'un seul côté, du côté gauche, seule l'oreille gauche les entend. Engagée à préciser, elle reconnaît qu'elle entend quelquefois de l'oreille droite, mais elle maintient que les voix sont beaucoup plus fréquentes, plus intenses à gauche. Or, à l'examen du conduit auditif externe de ce même côté on découvre un léger écoulement sero-purulent, tandis que l'oreille droite n'offre rien d'anormal. La guérison de cet écoulement diminue la fréquence des hallucinations qui persistent cependant jusqu'au jour où l'expulsion d'un bouchon de cérumen les abolit définitivement, dès le même soir.

Ce cas est analogue à celui qui fut publié par M. Mabille en 1883[1] : chez une mélancolique des hallucinations unilatérales de l'ouïe cessèrent aussitôt après qu'une irrigation eût chassé du conduit auditif un grain de blé entouré de cérumen. Dans cette observation les hallucinations étaient

[1] Mabille. *Cas de guérison d'hallucinations unilatérales de l'ouïe de cause externe* (*Annales médico-psychol.*, 1883, 6e série, tome 10).

élémentaires (bourdonnements, bruits de cloches, de vielle, de « cuisine qui fricasse »). Dans la nôtre, elles sont presque exclusivement verbales. Citons encore les faits de Ball[1] et de M. Régis[2] où des hallucinations unilatérales disparurent consécutivement à la guérison d'affections de l'oreille du même côté.

Il existe par conséquent entre les maladies de l'oreille et les hallucinations de l'ouïe, toutes deux homolatérales, un parallélisme tel qu'on est conduit à y voir une relation manifeste de cause à effet. Cette conclusion fut émise par la plupart de ceux qui traitèrent cette question. « L'hallucination unilatérale, dit M. Régis, reconnaît pour cause une lésion unilatérale des sens... dans une partie quelconque de leur trajet. »

Cette théorie a longtemps régné sans conteste ; mais les découvertes anatomiques récentes sont venues la contredire[3]. Il est aujourd'hui à peu près certain que la voie acoustique centrale possède « un chiasma analogue au chiasma optique » (Charpy), c'est-à-dire qu'elle est en partie directe et en partie croisée. « Chaque nerf acoustique est en rapport avec les deux aires auditives[4]. » Dès lors une lésion siégeant sur une seule oreille retentit sur les deux lobes temporaux et par suite est incapable d'expliquer l'unilatéralité de l'hallucination.

A la théorie classique ainsi ébranlée, M. Séglas substitue une théorie psychologique. La lésion périphérique n'agit pas sur la zone temporale, elle sert uniquement de point de repère. « Alors même que ce point de repère serait constitué par des sensations subjectives, il ne joue pas le rôle d'un simple stimulus anatomique venant exciter le centre sensoriel correspondant. Il donne une direction psychologique, comme dans le cas où il se trouve déterminé

[1] Ball. *Considérations sur un cas d'hallucinations de l'ouïe, consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne* (*Encéphale*, 1882, n° 1).

[2] Régis. *Des hallucinations unilatérales* (*Encéphale*, 1881, n° 1).

[3] J'élimine de mon sujet les lésions corticales unilatérales, dont le rôle, d'ailleurs très discuté, ne s'accorde pas davantage avec les données anatomiques actuelles.

[4] Morat, *Fonctions d'innervations* (*Traité de Physiologie* Morat et Doyon).

par des associations d'idées, des habitudes plus ou moins conscientes. Son action s'exerce surtout sur l'attention qu'il fixe et dérive à son profit, en engendrant ainsi cet état de distraction qui porte atteinte à l'intégrité de la conscience et détermine ces troubles de la synthèse psychique d'où résulte l'abstraction ou la négligence de l'une des images sensorielles et la localisation de l'hallucination du côté du point de repère unilatéral [1]. » Cette intéressante théorie me semble corroborée par le fait suivant noté dans certains cas et en particulier dans une observation de M. Joffroy et dans la nôtre : l'hallucination n'est pas franchement unilatérale, mais plutôt très prédominante du côté lésé.

Faut-il donc abandonner complètement la doctrine antérieure et refuser dorénavant de voir dans la lésion périphérique une cause efficiente de l'hallucination unilatérale. Je ne le pense pas. Je voudrais essayer de démontrer que la brillante interprétation de M. Séglas et l'ancienne théorie, loin de se contredire, se complètent heureusement, et que si l'une ne fournit pas la raison de l'unilatéralité, en revanche l'autre laisse sans explication le parallélisme d'évolution de la lésion et de l'hallucination. Dans ce but, je tâcherai d'indiquer comment il est possible de concevoir l'action des maladies unilatérales de l'oreille sur le développement des hallucinations auditives.

L'hallucination de l'ouïe est un symptôme complexe et variable. Phénomène psycho-sensoriel d'après la définition de Baillarger, développée ensuite par Ball, c'est-à-dire composé de deux éléments, l'un sensoriel, l'autre intellectuel, il oblige à tenir compte de cette complexité lorsqu'on l'envisage dans ses relations avec les lésions de l'oreille. « Un trouble organique ou fonctionnel du sens, dit M. Régis, peut donner lieu au phénomène physique brut qui doit constituer ultérieurement l'hallucination ; mais cette hallucination ne devient réellement telle que lorsque l'intelligence est intervenue, et, s'emparant du phénomène primordial, resté jusque là à l'état rudimentaire en a fait la conception délirante définitive, toujours en rapport avec les idées et les préoccupations dominantes du malade [2]. » Ajoutons enfin

[1] Séglas, *loc. cit.*

[2] Régis. *Encéphale,* 1881.

un troisième facteur et non le moins important, mis en lumière par le professeur Joffroy : la prédisposition : « C'est l'état hallucinogénique du sujet et non la lésion cérébrale qui a fait l'hallucination [1] »

Cette prédisposition hallucinogène, héréditaire ou acquise, est indispensable à l'éclosion des troubles sensoriels. Vient-elle à faire défaut dans un délire, une lésion de l'appareil auditif produira non pas une hallucination, mais une interprétation. Le sujet n'entend pas de voix, mais il attribue aux bourdonnements, aux sifflements réels qu'il perçoit, une signification erronée en rapport avec ses conceptions délirantes. Il importe de ne pas confondre ces interprétations avec des hallucinations unilatérales ; ce diagnostic est maintes fois fort difficile, si bien que certains psychiâtres considèrent que l'hallucination unilatérale se réduit toujours en fin de compte à une interprétation délirante [2].

Au contraire, si la prédisposition hallucinogène existe, le trouble sensoriel apparaît. La lésion auditive périphérique peut néanmoins n'avoir sur lui aucune influence causale. Nombreux assurément sont les cas négatifs où des individus porteurs de lésions d'une seule oreille présentent des hallucinations dont la fréquence et l'intensité sont égales du côté sain et du côté malade. Pour se produire, l'hallucination n'a pas eu besoin du coup de fouet de la lésion, l'imprégnation toxique, par exemple, ayant suffi. Cette lésion impaire sans action sur l'élément sensoriel de l'hallucination est aussi impuissante sur l'élément intellectuel, généralement restreint dans la circonstance. Ces bouffées hallucinatoires, en effet, sont tellement aiguës ou s'accompagnent d'un désordre psychique tel que le point de repère fourni par les bruits entotiques unilatéraux est effacé, par la violence du trouble sensoriel cortical ; l'hallucination est bilatérale.

Ainsi se trouvent établies deux catégories de faits où la lésion unilatérale est dépourvue de toute fonction hallucinogène. Dans la première, elle a pour unique rôle d'alimenter

[1] Joffroy. *Les hallucinations unilatérales* (*Archives de Neurologie*, 1896, n° 2).

[2] Il n'entre pas dans mon plan de discuter ici cette opinion que je crois fondée dans certains cas. — Voir P. Sérieux et J. Capgras. — *Les Psychoses à base d'interprétations délirantes* (*Annales médico-psychologiques*, mai 1902).

les interprétations délirantes; dans la seconde, elle demeure silencieuse — au point de vue vésanique — et ne dirige pas plus qu'elle ne provoque l'hallucination.

Il est d'autres cas où le cerveau, encore qu'il soit en imminence hallucinatoire, ne se décharge que grâce à un choc d'origine externe. L'observation jointe à cet article en est une preuve : au cours de la mélancolie les hallucinations de l'ouïe ne sont pas un symptôme banal et inévitable ; n'est-ce pas au stimulus de l'otite qu'il faut attribuer leur apparition chez notre malade et n'est-ce pas pour cette raison qu'elles ont cessé lorsque l'excitation a pris fin ? Mais dans ce cas l'action de la lésion — j'y reviendrai bientôt — s'est manifestée à la fois sur l'élément sensoriel et sur l'élément intellectuel. Si cette action ne s'exerçait que sur l'élément sensoriel, quel en serait le résultat sur la localisation et sur la marche de l'hallucination? Conformément aux données anatomiques actuelles, l'irritation portant sur les deux zones auditives, l'hallucination serait bilatérale, mais, ne se maintenant que grâce à cette excitation externe, elle cesserait en même temps que la lésion.

En d'autres termes, si l'action de la lésion sur l'élément sensoriel seul de l'hallucination met en relief le lien étroit qui unit l'une à l'autre, elle n'explique pas l'unilatéralité. Sur ce dernier point on doit faire appel à la théorie de M. Séglas. C'est par une association d'idées subconciente, par un trouble de l'attention, comme l'indique l'éminent aliéniste de Bicêtre, que les voix sont localisées du côté lésé. Le malade transforme les bruits subjectifs unilatéraux en un signal guide de ses hallucinations, et cela grâce à une interprétation peut-être comparable à celle qui, en l'absence de toute manifestation hallucinatoire, lui faisait accorder à ces mêmes bruits la valeur délirante d'un symbole. Par conséquent la lésion périphérique impaire a une double action : agissant à la fois sur l'élément sensoriel et sur l'élément intellectuel, d'une part elle donne naissance et assure sa durée à l'hallucination, d'autre part elle lui imprime sa direction unilatérale.

Que se passerait-il si la lésion, n'intervenant pas dans la genèse de l'hallucination, n'agissait que comme point de repère? L'hallucination en elle-même, n'étant pas fonction de la lésion n'aurait aucun motif de disparaître

après la guérison de cette dernière, guérison qui atteindrait simplement le caractère unilatéral imprimé au trouble sensoriel. En un mot l'hallucination deviendrait bilatérale.

Nous trouvons précisément une confirmation de cette hypothèse dans une observation de Pick, citée par M. Séglas comme contradictoire du cas de M. Mabille. « Pick a rapporté « le cas d'une aliénée chronique sourde de *l'oreille gauche* « qui accusait des hallucinations auditives *du côté droit*. « Dans l'oreille gauche on trouve un tampon de cérumen « qu'on enlève ; dès lors les hallucinations deviennent bila- « térales[1] » Ce fait mérite d'être discuté, car M. Séglas estime, à deux reprises, qu'il enlève « beaucoup de sa valeur à l'argument tiré de la disparition de l'hallucination unilatérale par la guérison de la lésion sensorielle périphérique du même côté ». A mon avis, au contraire, il vient à l'appui de l'opinion que je soutiens et se concilie sans peine avec le cas de M. Mabille. Notons immédiatement que la malade de Pick est une aliénée *chronique* dont l'état hallucinatoire remonte probablement à une date ancienne et est sans doute indépendant de la lésion. C'est laisser entendre que ce cas ne me semble pas superposable au cas de M. Mabille ; ils représentent deux variétés distinctes d'hallucinations unilatérales. Empruntant la classification exposée par M. Séglas dans un travail antérieur[2], on peut dire : dans le premier il s'agit vraisemblablement « d'hallucinations centrales » ou « d'origine intellectuelle » ; dans le second « d'hallucinations périphériques subjectives directes », c'est-à-dire dont « le point de départ est une sensation subjective de l'ouïe ». Chez la malade de Pick les hallucinations sont à ce point indépendantes de la lésion qu'elles se localisent du côté sain contrairement à la règle. « N'est-ce pas, ajoute à ce propos M. Séglas, l'idée de la surdité unilatérale qui eût une influence prédominante sur l'unilatéralité des hallucinations dans l'oreille opposée, unilatéralité s'expliquant ainsi par un simple fait d'associations d'idées. » On ne saurait mieux dire, mais faut-il en déduire que les cas de guérison simultanée de lésions périphériques et d'hallucinations unilaté-

[1] Les mots soulignés le sont par M. Séglas.

[2] Séglas. *Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe*. Rapport au Congrès de Nancy, 1896.

rales sont « loin d'avoir toute la portée qu'on serait tenté de leur attribuer » ; ne vaut-il pas mieux se demander pourquoi. lorsque cette association d'idées précitée a perdu sa raison d'être, les hallucinations tantôt deviennent bilatérales comme dans le cas de Pick, tantôt disparaissent comme dans la plupart des cas ?

La solution de cette question capitale devient aisée si l'on veut bien accepter une théorie éclectique. Il y a dans toute hallucination unilatérale deux caractères qu'il faut envisager séparément : c'est premièrement l'hallucination en elle-même, phénomène sensoriel explicable par la théorie anatomique de Tamburini (l'hallucination épilepsie corticale) ; c'est ensuite l'unilatéralité de cette hallucination, phénomène intellectuel explicable par la théorie psychologique de Séglas (la lésion unilatérale point de repère). Suivant qu'une lésion unilatérale agira sur ces deux termes ou seulement sur l'un d'entre eux, les rapports de l'hallucination et de la lésion seront différents. Chez l'aliénée chronique de Pick la lésion n'a dû exercer son influence que sur le second terme, c'est-à-dire sur l'unilatéralité, par conséquent sa suppression ne peut frapper que cette unilatéralité sans modifier autrement le trouble sensoriel lui-même, d'où la bilatéralité consécutive de l'hallucination. — Au contraire dans tous les cas analogues au nôtre, si l'on admet le dualisme fonctionnel de la lésion unilatérale, périphérique c'est-à-dire qu'elle est à la fois l'agent provocateur de l'hallucination et le point de repère cause de l'unilatéralité, on s'explique l'évolution parallèle de la lésion et de l'hallucination : guérir l'une c'est du même coup supprimer l'autre. Ainsi comprise la guérison simultanée des maladies unilatérales de l'oreille et de certaines hallucinations unilatérales me semble conserver toute son importance et démontrer qu'il peut exister, du moins dans la majorité des cas, entre les deux phénomènes une relation de cause à effet.

Cette relation de cause à effet entre quelques hallucinations auditives et les lésions unilatérales de l'oreille n'a pas seulement un intérêt théorique, mais des conséquences pratiques. La localisation et même simplement la prédominance unilatérale des hallucinations de l'ouïe implique le plus souvent l'existence d'une lésion de l'oreille du même côté. Dès lors en présence d'hallucinations auditives quel-

conques, survenant au cours d'une psychose aiguë, principalement, il faut s'enquérir de leurs caractères. Sont-elles prédominantes d'un côté, cela suffit comme indication d'un examen approfondi de l'organe périphérique homolatéral. L'affection une fois reconnue, son traitement aura le double avantage d'améliorer les accidents physiques et les accidents mentaux.

En résumé les relations entre les maladies unilatérales de l'oreille et les hallucinations de l'ouïe sont variables suivant la prédisposition du sujet et selon l'influence exercée par la lésion sur l'élément sensoriel et sur l'élément intellectuel dont se compose toute hallucination. On peut établir cinq catégories distinctes.

1° Un terrain doué de l'aptitude delirante mais non hallucinogénique ne laissera germer que l'interprétation délirante des symptômes fonctionnels de la lésion, interprétations qu'il faut se garder de prendre pour des hallucinations.

2° La lésion unilatérale peut simplement coexister avec des hallucinations qui en sont indépendantes et ne présentent aucun caractère capable d'indiquer la coïncidence de cette lésion.

3° La lésion unilatérale peut agir sur l'élément sensoriel seul, sans intervention de l'élément intellectuel. Dans ce cas. malgré l'unilatéralité de la lésion, l'hallucination est bilatérale, mais elle disparaît avec la cause qui contribue à son éclosion.

4° La lésion unilatérale n'a pas d'action sur l'élément sensoriel, elle n'est pas l'agent provocateur de l'hallucination ; mais par l'intermédiaire de l'élément intellectuel, elle en détermine l'unilatéralité en lui servant de point de repère. Ce dernier caractère disparaît seul avec la guérison de la lésion : l'hallucination devient bilatérale (cas de Pick cité par Séglas).

5° Enfin la lésion unilatérale possède un double rôle, réalisant pour ainsi dire la synthèse des deux catégories précédentes. Elle agit à la fois sur l'élément sensoriel et sur l'élément intellectuel ; la première action détermine l'apparition des hallucinations, la seconde explique leur unilatéralité. L'évolution de la lésion et celle de l'hallucination sont alors parallèles et leur guérison simultanée (cas de Mabille et majorité des cas d'hallucinations unilatérales).

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXIX. **Hématome de la dure-mère cérébrale (Pachyméningite hémorrhagique interne) associée à une hémorrhagie du côlon**; par STEPHEN G. LONGWORTH (*The Journal of Mental Science*. Juillet 1902).

Ce qui donne à ce cas un certain intérêt c'est l'association des phénomènes hémorrhagiques. Les points les plus remarquables de l'observation sont l'abaissement de la pression sanguine, l'état à peu près sain des reins et l'absence de toute artério-sclérose. L'état du foie serait de nature à faire penser à l'alcoolisme, lequel, toutefois, est nié dans l'observation. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXX. **Sur la manière de soigner l'hémorragie cérébrale et sur son traitement abortif**; par William BROWNING (*The New-York medical Journal*, 15 février 1902).

Ce travail rappelle les causes ordinaires de l'hémorrhagie cérébrale et insiste sur l'utilité de soigner attentivement les états pathologiques capables de lui donner naissance. Puis abordant l'étude du traitement immédiat de l'hémorrhagie, l'auteur s'attache a déconseiller les stimulants, les injections salées, les diaphorétiques, les opiacés, les nitrites et surtout la digitale. Il conseille d'avoir recours aux agents les plus rapides de dépression musculaire et vasculaire, et recommande l'aconit, le veratrum et surtout le gelsemium. R. de MUSGRAVE-CLAY.

XXXI. **Narcolepsie et obésité**; par le Dr P. SAINTON.

Sous le nom de narcolepsie, l'auteur entend des crises irrésistibles de sommeil survenant d'une façon soudaine.

L'observation rapportée a trait à un homme de quarante-trois ans, obèse, qui fut pris de crises de narcolepsie au moment où l'adiposité atteignait son summum; elles disparurent sous l'influence d'un régime approprié qui diminua aussi l'adiposité.

Il existait, en même temps, de l'insomnie, qui disparut avec la narcolepsie.

Il paraît rationnel d'admettre qu'elles étaient toutes deux sous la dépendance d'une perturbation fonctionnelle du système nerveux, consistant, tantôt en phénomènes d'excitation cérébrale, tantôt en phénomènes de dépression, sous l'influence d'une auto-intoxication gastro-intestinale. Cette conception de la narcolepsie

comme syndrome d'origine auto-toxique est d'ailleurs conforme aux données de la pathologie générale et mérite d'être généralisée. Elle nous explique sa présence dans le diabète, la goutte, les maladies du foie, du rein, l'alcoolisme, etc. ; elle nous permet de concevoir son apparition au cours de l'épilepsie, où elle ne constitue qu'un équivalent des attaques; or, les théories modernes tendent de plus en plus à admettre le rôle prédominant de l'auto-intoxication dans la production des attaques épileptiques.

En résumé, dans l'obésité, comme dans la plupart des maladies au cours desquelles elle se montre, la narcolepsie doit être considérée comme un épisode d'origine auto-toxique. (*Revue neurologique*, mars 1901.) E. BLIN.

XXXII. **Un cas de torticolis mental**; par le Dr SÉGLAS.

Sous le nom de torticolis mental, le professeur Brissaud désigne un tic particulier consistant en une attitude vicieuse de la tête et du cou, de caractère spasmodique, à la fois habituelle et intermittente, que les malades peuvent corriger immédiatement, mais d'une façon momentanée, grâce à un subterfuge de leur choix.

L'intéressante observation publiée par M. Séglas en est un bel exemple. Ici, le subterfuge consiste dans la simple apposition de la main gauche de la malade sur la joue correspondante; cette apposition suffit pour redresser la tête et la maintenir droite aussi longtemps que dure le contact.

Sitôt que le contact cesse, la tête tend à reprendre sa position en torticolis, par une série de petites secousses brusques très apparentes.

La même manœuvre, exécutée par une personne étrangère, avec un effort beaucoup plus considérable, ne produit pas le même effet.

D'autre part, si la malade se trouve distraite de ses préoccupations morbides, si son attention vient à être fixée sur des sujets différents, la tête reprend immédiatement son attitude normale et s'y maintient de la façon la plus naturelle aussi longtemps que dure l'état de distraction. (*Revue neurologique*, février 1901.) E. B.

XXXIII. **Le syndrome de Briquet (un cas de paralysie diaphragmatique d'origine hystérique)**; par le Dr ROBINSON.

Il s'agit d'un dégénéré hystérique, âgé de trente-huit ans, originaire de l'Arménie turque et qui présente le tableau symptomatique de Briquet.

Voici la description de son accès respiratoire : début brusque, immobilité de la moitié inférieure du thorax, effort de contraction des muscles cervico-thoraciques supérieurs.

Voix basse, étouffée, inintelligible; respiration très gênée, inspiration presque nulle.

Le malade penche la tête en avant; il a la mine de quelqu'un qui aurait reçu un coup de massue.

Anhélation continuelle et anéantissement presque absolu des forces physiques. A l'inspection, on voit nettement que le creux épigastrique est attiré en arrière et forme un entonnoir au moment de chaque inspiration, tandis qu'il bombe pendant l'expiration.

Malgré l'effort inspiratoire, la respiration n'est bruyante ni dans le larynx, ni dans les bronches. (*Revue neurologique*, janvier 1901.)

E. B.

XXXIV. **Quelques remarques sur la paraplégie spasmodique permanente par tumeur médullaire**; par MM. les professeurs Raymond et Cestan.

Des faits nombreux ont bien montré que des lésions d'apparition rapide s'accompagnent, dans le cas de section complète de la moelle, d'une paraplégie flaccide, quelle que soit d'ailleurs l'hypothèse adoptée pour expliquer cette flaccidité.

Mais en est-il de même de la section progressive et lente de la moelle?

En rapport avec le fait communiqué au Congrès de Limoges, par M. Brissaud, les auteurs rapportent deux observations absolument superposables; dans chaque cas, il s'agit d'un psammome qui, lentement, en plusieurs années, fonctionnellement, a détruit le VIIe segment dorsal, déterminant une paraplégie spasmodique intense avec trépidation spinale.

On peut donc supposer que, si elle est rapidement séparée de l'encéphale, la moelle lombaire ne peut reprendre son autonomie primitive, la paraplégie est flaccide conformément aux idees de Bastian et de Bruns.

Si, au contraire, elle est isolée de l'encéphale, la moelle s'habitue à retrouver peu à peu l'indépendance primitive qu'elle a chez les animaux et chez le nouveau-né, les reflexes tendineux abandonnent leur voie longue encéphalo-médullaire et reprennent leur voie primitive courte; la paraplégie devient et reste spasmodique.

Dans le problème de l'action d'une section complète de la moelle sur les réflexes tendineux, M. Raymond estime qu'un nouveau facteur doit désormais être pris en considération : la rapidité du processus destructif. (*Revue neurologique*, février 1902.)

E. Blin.

XXXV. **Paraplégie flaccide dans un cas de pachyméningite cervicale**; par MM. Brissaud et Brecy.

Dans une communication faite au Congrès de Limoges, M. Brissaud considérait comme prouvé le fait qu'une compression lente, agissant à la façon d'une ligature ou d'une striction indéfiniment prolongée et transformant le tissu de la moelle en une véritable cicatrice, peut donner lieu à une paraplégie spasmodique.

Le fait rapporté par les auteurs semble, au premier abord, lui donner tort; en effet, cinq mois se sont écoulés entre les symptômes du début et la mort; et c'est, en apparence, plus de temps qu'il n'en faut pour que les lésions descendantes des cordons latéraux, soit en supprimant l'action inhibitrice du cerveau, soit en exaltant le pouvoir excito-moteur des cornes antérieures, déterminent l'état spasmodique des paraplégies d'évolution progressive.

Or, l'autopsie a démontré que si, en effet, la pachyméningite tuberculeuse diagnostiquée dès les premiers jours avait eu une évolution lente conformément à la règle générale; elle s'était brusquement compliquée d'une myélite aiguë. Au microscope, les lésions présentaient une intensité et une extension telles qu'il en devait résulter un syndrome équivalent à celui d'une section spinale.

Ainsi se trouve confirmée une fois de plus l'opinion que la paraplégie flaccide et à perpétuité flaccide, avec abolition des réflexes et perte totale de la sensibilité, est le fait des lésions destructives complètes et subites de la moelle. (*Revue neurologique*, février 1902.) E. BLIN.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. Note sur la paralysie générale à l'asile de Saint-Alban (Lozère); par le Dr René CHARON. (*Annales médico-psychologiques*, avril 1901).

Dans le pays particulièrement primitif et autochtone qu'est la Lozère, il y a quinze à vingt ans, au temps qu'il n'existait dans la région ni voie ferrée, ni industrie, ni mélange entre la population indigène et les populations voisines, qu'on ignorait aussi bien l'alcoolisme et la syphilis que le surmenage physique et intellectuel, la paralysie générale était extrêmement rare (deux cas sur 190 malades).

Aujourd'hui que les moyens de circulation ont été améliorés, que la population subit des mélanges et des contacts plus fréquents avec les régions voisines et les villes, que les influences alcoolique

et syphilitique commencent à se faire sentir d'une façon très appréciable, sans toutefois que les conditions d'existence et de tempérament indigène se soient modifiées par ailleurs, la paralysie générale reste aussi peu fréquente (4 cas sur 255 malades, dont 3 ayant vécu longtemps hors de la Lozère).

En s'en tenant à ces faits, on serait amené à admettre que si à la base de la paralysie générale il y a la syphilis, cette syphilis ne suffit pas à elle seule et qu'elle exige, pour produire les lésions de la périméningo-encéphalite chronique diffuse, l'appoint de certains facteurs adjuvants dont les principaux se trouvent dans les conditions d'existence diverses qui conduisent au surmenage physique ou intellectuel. E. B.

II. Contribution à la statistique et à l'étiologie de la paralysie générale progressive des aliénés dans le gouvernement de Smolensk; par I.-W. Aptekmann (*Obozrénié psichiatrii*, V, 1900).

Étude extrêmement détaillée dont nous ne pouvons donner que les conclusions :

1° On a enregistré de 1888 à 1898 une augmentation accentuée de cette affection ; 2° elle a progressé relativement plus vite chez la femme que chez l'homme ; 3° sa proportion entre l'homme et la femme est de 2 : 1 ; 4° le véritable chiffre de son expansion ne peut être déterminé que par le rapport entre le nombre réel des paralytiques et l'effectif de la population totale ; 5° tant que cela n'aura pas été fait, il sera impossible de dire avec certitude que la paralysie générale s'accroît continuellement et progressivement ; 6° ce sont au point de vue absolu les habitants des villages qui forment le principal contingent de la paralysie générale : ce sont, d'après les genres d'occupations et les classes sociales, les paysans et les bourgeois. Mais le dénombrement n'en ayant pas été fait chez les malades, on ne peut affirmer qu'une seule chose, c'est que la paralysie générale du gouvernement de Smolensk n'est pas uniquement représentée par des citadins et des gens cultivés ; 7° la paralysie générale de la femme a pour caractères : une évolution plus lente que chez l'homme, et par suite, une durée un peu plus longue. Chez elle prédominent des signes de déchéance, et la forme démentielle de la maladie sans délire ; 8° dans les vingt à vingt-cinq dernières années, on a remarqué que l'affection tendait à atteindre des individus plus jeunes, que ses victimes se recrutaient de plus en plus dans les sphères démocratiques, dans les classes qui vivent du travail manuel, que les manifestations en devenaient variées et originales au dernier point, que la forme expansive, maniaque, disparaissait de plus en plus pour faire place à celle de la démence ; 9° ses causes et conditions principales dans ce gouvernement sont : l'ivrognerie, la syphilis, l'hérédité, chez l'homme ; chez la femme,

l'hérédité, les secousses morales, l'ivrognerie; 10° ces causes manifestent rarement leur action séparément; d'ordinaire, elles s'associent entre elles comme avec d'autres agents pathogènes; 11° la paralysie générale est, au point de vue étiologique, un phénomène à la fois biologique et social; 12° il faut lutter contre elle, non à l'aide des agents thérapeutiques d'ailleurs stériles, mais par des moyens sociaux. C'est de la prophylaxie sociale, économique, dans son expression la plus large qu'il faut faire. Il faut notamment soigner le bien-être du peuple, affaiblir toutes les conséquences rudes et cruelles de la lutte pour la vie, et l'armer pour cette lutte en lui fournissant tous les biens de la civilisation actuelle, y compris l'éducation et l'instruction. P. KERAVAL.

III. **Sur les résultats favorables du transfert des aliénés d'un asile dans un autre**; par A.-R. URQUHART. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1901.)

Tout le monde est assurément d'accord pour reconnaître les services rendus à beaucoup d'aliénés par le changement de milieu, et, dans un même milieu, par les distractions qui modifient leur vie intérieure et extérieure. Pourquoi ne pas avoir recours pour certains d'entre eux, au moins, à un changement d'asile? C'est ce que l'auteur a tenté de faire, et le succès a répondu à son attente. Il cite des chiffres à l'appui de cette manière de voir (46 cas), et il exprime l'espoir que ce mode de traitement entrera de plus en plus dans la pratique psychiatrique (1). R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. **Quelques remarques nouvelles sur les soins et la surveillance de nuit dans les asiles**; par Frank ASHBY ELKINS (*The Journal of Mental Science*. Avril 1902.)

Dans un mémoire sur le même sujet publié par l'auteur en 1899 en collaboration avec le Dr Middlemass, et dans lequel étaient indiqués les méthodes suivies et les résultats obtenus à l'Asile de Sunderland pendant une période de quatre années, les propositions suivantes étaient soutenues : 1° Les dispositions prises pour la nuit dans les asiles doivent se rapprocher étroitement de celles qui existent dans les hôpitaux. — 2° Tous les malades aigus, bruyants, sales, destructeurs doivent être placés la nuit dans des dortoirs soumis à une surveillance continuelle, et n'en être retirés que lorsqu'ils ont manifestement cessé d'avoir besoin de cette surveillance spéciale. Dans ce mémoire, l'auteur se propose de décrire les dispositions prises à l'Asile de Leavesden, où tous

(1) A en juger d'après les conséquences souvent déplorables des transferts des malades de la Seine dans les asiles des autres départements, cette thèse est sujette à caution. (B.)

les malades sans exception sont l'objet d'une surveillance de nuit. Cet asile est probablement le seul asile public où dans chaque salle ou dortoir il y ait toute la nuit une infirmière de garde. Il est fort possible, et l'auteur est disposé à l'admettre, que la généralisation de cette mesure ne soit pas nécessaire dans tous les asiles ; mais il faut dire que Leavesden reçoit la collection la plus panachée d'épaves humaines qui ait peut-être jamais été accumulée dans un asile. Il est rare d'y voir entrer un malade capable d'un travail quelconque ; la plupart du temps leur seule et vraie place est dans une salle d'infirmerie. Des vieillards brisés par l'âge, beaucoup d'épileptiques, des paralytiques généraux, des ivrognes en état de démence, épuisés par de longues années d'alcoolisme, des imbéciles et des idiots, des maniaques en état de récidive, des fous circulaires, des sujets à la maladie organique desquels s'ajoutent quelques troubles mentaux, des cas bizarres qui ne rentrent dans aucune catégorie nosologique précise, voilà la clientèle à peu près exclusive de l'Asile de Leavesden. Sur 1.780 malades, 350 sont tuberculeux, 400 autres sont assez malades par d'autres causes pour devoir être maintenus à l'infirmerie ; il y a près de 400 épileptiques, répartis, suivant leur état, entre l'infirmerie et les quartiers ordinaires.

Le nombre total des salles est de 30 ; les plus petites contiennent 39 malades, les plus grandes 75. Les chambres isolées sont au nombre de 30. Outre le gardien ou l'infirmière de service dans chaque salle, il y en a un ou une autre qui repose dans une chambre assez voisine pour répondre au premier appel. Jusqu'à une époque récente, la population de l'asile était de 2.000 malades ; mais en présence de la fréquence de la tuberculose et de la nécessité d'augmenter le cube d'air individuel des malades, le chiffre a été réduit à 1.780.

L'auteur fait remarquer en passant que c'est assurément une faute d'avoir des dortoirs et des salles d'infirmerie trop vastes ; la surveillance et les soins y sont rendus plus difficiles ; mais c'est une faute aussi (il s'agit bien entendu des asiles publics) d'avoir des dortoirs et des salles d'infirmerie trop petits et des chambres isolées trop nombreuses ; la surveillance et les soins nécessaires ne peuvent alors être obtenus qu'a grand prix d'argent, au moyen d'un personnel très nombreux.

Quant au nombre de malades que peut surveiller pendant la nuit un seul serviteur, il ne paraît pas devoir dépasser 25 dans une salle d'aigus, de malades ou de sujets affaiblis, mais peut aller jusqu'à quarante dans une salle contenant des malades qu'il faut lever à cause de leurs babitudes malpropres, ou surveiller à cause de leurs crises.

L'asile ne contient que trente chambres séparées, dont quelques-unes sont capitonnées ; elles s'ouvrent toutes sur les salles, et

leurs portes restent ouvertes la nuit pour faciliter la surveillance. Leur usage est généralement considéré comme une faveur accordée à des malades tranquilles et dont beaucoup rendent de menus services dans les salles. Il y a quelques années, les chambres étaient, comme dans la plupart des asiles, occupées pendant la nuit par des malades agités, bruyants et destructeurs. Mais, dans ces conditions d'isolement, il était impossible de rechercher les causes d'agitation et d'insomnie : celles-ci, en même temps que d'autres mauvaises habitudes, ne faisaient que s'aggraver : aucun effort ne pouvait être tenté pour rendre les malades plus propres, pour les empêcher de déchirer leurs vêtements et leur literie, et quand on entrait le matin dans les chambres, on y trouvait du linge mis en pièces et une odeur infecte. Il faut ajouter que souvent, le malade ainsi enfermé passait toute la nuit à crier et à donner des coups dans la porte, tenant ainsi tout un dortoir éveillé. De même que la réclusion dans le jour, la réclusion pendant la nuit peut quelquefois être nécessaire; mais c'est un procédé auquel il ne faut avoir recours — comme aux moyens mécaniques de contention — qu'avec une extrême réserve, et jamais sans l'ordre du médecin. Chez les malades à tendances homicides, chez quelques autres peut-être, on peut légitimement y avoir recours, mais non sans avoir pris les mesures nécessaires pour assurer au malade le bien-être, les soins, et la surveillance. Mieux on sait soigner les aliénés, moins on a besoin de les enfermer la nuit. A Leavesden, durant les trois dernières années, il n'a pas été nécessaire d'isoler la nuit un seul malade dans le quartier des hommes; et depuis deux ans il n'y a eu qu'un seul isolement dans le quartier des femmes; il s'agissait d'une malade avec idées d'homicide. L'expérience a montré toutefois que s'il n'y a que peu ou pas de difficulté à soigner les entrants dans un dortoir commun, il n'en va pas de même à l'égard de malades qui ont été habitués à être internés la nuit; il faut beaucoup plus de temps pour les corriger de leurs habitudes bruyantes et malpropres; encore y retombent-ils facilement. Dans les hôpitaux généraux il y a le plus souvent des chambres latérales, destinées aux cas spéciaux, méningite, apoplexie, etc,. Rien ne s'oppose à l'existence dans un asile de dispositions analogues. — Les portes de ces chambres, habituellement ouvertes, pourraient être fermés dans ces cas spéciaux, (malades à idées de suicide, moribonds, etc.), mais alors un serviteur spécial serait placé auprès du malade et n'aurait à s'occuper que de lui.

Le personnel de nuit de l'asile de Leavesden se compose de 35 personnes : du côté des femmes une surveillante en chef de nuit; — une surveillante adjointe, responsable, faisant ordinairement le service d'infirmière de nuit, mais remplaçant en cas de maladie ou de congé la surveillante en chef et 17 infirmières ordinaires. —

Du côté des hommes un surveillant en chef et un surveillant adjoint et 14 infirmiers ordinaires. — Il y a, étant donné le chiffre du personnel et le nombre des salles, un infirmier et deux infirmières de réserve. En cas d'extrême urgence on détache au service de nuit des infirmiers du service de jour. Déduction faite des surveillants, le personnel de nuit est à l'égard des malades dans le rapport de 1 à 54 ce qui n'a rien d'excessif.

Les registres tenus par le personnel de nuit sont identiques dans les quartiers d'hommes et de femmes, sauf la couleur du papier, pour éviter toute confusion. Ils indiquent : la date, le numéro de la salle, le nombre des malades, les noms de ceux qui se mouillent et sont malpropres, la liste des pièces de lingerie souillées, les noms des malades qui ont des attaques et le nombre de ces attaques, les noms de ceux qui sont agités et bruyants, de ceux qui sont malades et nécessitent des soins spéciaux, de ceux qui couchent dans des chambres isolées, de ceux qui prennent des stimulants (avec indication de la dose), la température de la salle, les plaintes au sujet de cette température, la température du malade s'il y a lieu, enfin tous les faits qui peuvent ou doivent être l'objet d'une mention spéciale, (morts, accidents, cas spéciaux, matelas mouillés, visites du personnel médical, etc,). Chaque matin le surveillant en chef de la nuit examine et paraphe les registres de nuit. Pour assurer la continuité du traitement, le rapport de nuit est lu chaque matin par le personnel de jour, et quand le soir, celui-ci remet le service au personnel de nuit, il lui remet en même temps que les médicaments et les extras nécessaires pour la nuit, un registre dont il a rempli les quatre colonnes; ces colonnes comprennent la première le nom des malades qui ont besoin de médicaments et d'extras; la seconde le nom des entrants; la troisième le nom des malades qui ont besoin d'une attention spéciale, la quatrième les observations. Le registre du surveillant en chef de nuit est très simple : sur une page, ordinairement presque blanche, il note ses observations spéciales; sur l'autre il inscrit les heures où il a commencé ses rondes de nuit (il en fait ordinairement cinq chaque nuit dans les salles de l'infirmerie et quatre dans les salles ordinaires) sans suivre un ordre régulier, et chacune de ces rondes est notée sur le registre de l'infirmerie de nuit; la température des salles, le nombre des malades malpropres dans chaque salle, le nombre des malades ayant eu des attaques, les visites du personnel dans les salles, les malades qui prennent des médicaments et des stimulants. Il doit aussi répondre par écrit à ces deux questions : Le personnel de nuit s'est-il bien acquitté de son service et y a-t-il eu des omissions dans les mesures à prendre à l'égard des malades difficiles, et pourquoi? La description de ces registres est longue à écrire; mais on conçoit que dans la pratique, leur tenue est fort simple.

Si l'on excepte la surveillance générale, mais réelle du médecin directeur et du personnel médical, de la matrone et de quelques autres fonctionnaires de l'asile, on voit que la perfection des soins et de la surveillance repose tout entière sur la personne qui a la surveillance générale; il faut donc que cette personne soit absolument digne de confiance, que l'on puisse s'en rapporter à elle pour signaler tout ce qui se passe sans crainte et sans partialité, et que l'on puisse compter sur elle pour agir avec sagesse dans les cas imprévus : il s'ensuit qu'il faut la rémunérer libéralement. la loger convenablement et lui donner une position sûre. Le Dr Robertson et le Dr Keay voudraient que cette personne fût une infirmière d'hôpital diplômée : l'auteur ne partage pas absolument cette opinion; en 1899 il y a eu à l'asile de Leavesden une épidémie de fièvre typhoïde, d'entérite et de pneumonie; on a fait venir 18 infirmières d'hôpital et l'on a pu voir nettement les inconvénients qui résultaient de leur manque d'habitude en matière de soins à donner aux aliénés : elles étaient moins habiles à prévenir les eschares que les infirmières de l'asile : elles avaient une tendance à recourir trop facilement à la contention mécanique et à l'isolement; si le malade déraisonnait, elles prenaient peur, et si comme il arrive souvent, son langage s'écartait considérablement des règles de la décence, elles se sauvaient.

Les efforts du surveillant en chef de nuit doivent être secondés par un personnel sachant observer les malades et habile à les manier : il est nécessaire pour cela de lui accorder une situation et un salaire supérieurs à ceux du personnel de jour ou des simples infirmiers ou infirmières. Il n'y a aucun inconvénient, du moins pour le personnel de nuit, à permettre l'habitation hors de l'asile, avec une allocation représentant le loyer, la nourriture et le blanchissage.

L'auteur aborde ensuite un point épineux, l'emploi des femmes pour soigner les aliénés malades et infirmes : sur ce point tout a été dit, et tous les arguments pour et contre ont été fournis : il n'y a pas lieu de les répéter, mais seulement de prédire que, avant longtemps, dans tous les asiles, les aliénés malades seront soignés par des femmes. A Leavesden, ce principe a été partiellement adopté puisque les six salles de l'infirmerie des hommes sont placées pendant le jour sous la direction d'une surveillante ayant son diplôme de l'Association Médico-Psychologique. Pour diverses raisons on n'a pu pousser plus avant l'application de la méthode, dont ces raisons toutes particulières ne sauraient diminuer l'excellence reconnue. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il y a certains malades qui ne sauraient être soignés par des femmes, mais tous ceux qui ont loyalement tenté l'expérience savent combien ces cas là sont exceptionnels. L'auteur est d'avis que le service de l'infirmerie ne doit pas être confié conjointement à des hommes et

à des femmes. Il entre ensuite dans quelques considérations sur l'emploi des horloges-témoins, destinées à constater et à révéler le passage des rondes de nuit. Toutes, même les plus parfaites, sont inutiles et permettront toujours de tricher à qui voudra s'en donner la peine, car, dit M. Elkins, « l'esprit humain est plus subtil que « n'importe quel instrument. » Il a laissé ces horloges où il les a trouvées, mais n'en a point ajouté de nouvelles : peu importe en effet qu'un surveillant soit dans telle salle, à telle heure; ce qui importe, et ce que l'horloge ne dit pas, c'est ce qu'il y faisait d'utile.

L'auteur ne se propose pas ici de toucher au traitement des cas bruyants ou agités ni aux soins qu'ils nécessitent pendant la nuit : chacun de ces cas d'ailleurs demande à être observé et manié suivant les indications qui résultent de cette observation. Il faut ajouter qu'ils doivent être étudiés non seulement au point de vue mental mais au point de vue somatique, beaucoup de troubles organiques jouant un rôle considérable dans la genèse de l'agitation, de l'insomnie, etc. Souvent on s'apercevra qu'un malade est facilement agité la nuit parce que, avant son entrée, il exerçait un métier de nuit et avait l'habitude de dormir le jour, Le régime aura aussi une grande importance : tout le monde connaît ces malades atteints de boulimie sénile, qui dorment après leur repas, et tiennent la nuit tout un dortoir éveillé. Les infirmières de nuit doivent connaître tous les artifices capables de provoquer le sommeil, car en obtenant le sommeil on évite bien des symptômes aigus. Les jours de pluie, il y a des malades qui dorment moins bien. faute d'air et d'exercice. Les tuberculeux surtout ont besoin de vivre en plein air, et il est indispensable de leur procurer des abris.

Voyons maintenant les avantages obtenus à Leavesden par cette extension de la surveillance de nuit : d'abord les risques d'incendie, d'attaques imprévues, d'apoplexies et autres maladies soudaines, de suicide chez des malades non soupçonnés de cette tendance, et même d'homicide sont réduits à leur minimum. Si l'on compare l'état actuel à l'état ancien, le calme des salles et des dortoirs est surprenant. Naturellement, il y a quelquefois des malades bruyants, il n'en saurait être autrement, puisque, après tout, c'est un asile d'aliénés : mais dans le plus tranquille des villages ne trouve-t-on pas parfois un ivrogne attardé qui réveille les habitants? Un autre résultat très avantageux c'est que les malades malpropres ont considérablement réformé leurs habitudes, au point que beaucoup d'entre eux sont devenus presque propres. Toutes les fois qu'un matelas est mouillé, une enquête est faite pour déterminer la cause, et savoir si c'est la surveillance qui a été en défaut.

Dans les deux asiles de Sunderland et de Leavesend, depuis l'adoption du nouveau système, non seulement les malades ont des nuits meilleures, mais sous l'influence d'un sommeil réparateur leurs journées deviennent meilleures, et leur état mental et physi-

que va s'améliorant. Les narcotiques sont très rarement employés.

On objectera peut-être que ce qui a été réalisable avec les malades de Leavesden ne l'est pas avec les malades d'autres asiles : l'auteur ne saurait accepter l'objection, car les opinions qu'il avance sont le résultat d'une expérience de quatorze années passées au milieu d'aliénés de catégories très diverses et dans des régions très différentes.

Discussion : M. MIDLLEMASS, collaborateur de l'auteur dans son premier travail, confirme sur tous les points les opinions émises dans celui-ci.

M. George ROBERTSON, absent, fait donner lecture d'un travail qui ne fait que résumer son travail analysé par nous ici-même.

M. RHODES, approuve l'emploi des femmes dans les salles d'hommes de l'infirmerie des asiles : il voudrait aussi que l'on adoptât un système d'enseignement professionnel spécial pour les infirmiers et infirmières d'asile.

Les autres orateurs n'apportent aucune objection ni aucune critique nouvelles. R. DE MUSGRAVE CLAY.

V. **De l'organisation d'établissements ouverts et d'établissements fermés associés pour les aliénés et les névropathes**; par W. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, VI, 1901).

L'expérience permet d'affirmer que cette association a son utilité. La section ouverte s'applique aux nerveux, aux modalités moyennes intermédiaires aux psychoses et aux affections nerveuses, aux aliénés guéris et aux aliénés au début de leur maladie mentale, dont l'état permet, ne fût-ce que temporairement, le placement dans l'établissement ouvert.

La clinique mentale et nerveuse de St-Pétersbourg réunit sous le même toit, sous la même direction, l'asile fermé et la clinique nerveuse : celle-ci est reliée à la clinique mentale par une galerie fermée. Il existe conjointement une section spéciale neuro-psychique qui comprend quelques névropathies et les formes mixtes de maladies mentales et nerveuses telles que : démence organique, et aussi quelques affections mentales comme : obssessions, paralysie générale, démence sénile, alcoolisme chronique. Cette section mixte munie d'ateliers, d'une petite ferme, de jardins, rend de très grands services.

Les asiles pourraient donc contenir, à côté de quartiers fermés, des quartiers ouverts, et des sections neuro-psychiques mixtes. Il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de bon aliéniste sans connaissances neurologiques. P. KERAVAL.

VI. **Les salles de psychiatrie à l'hôpital de Copenhague**; par le professeur KNUD PONTOPPIDON. (*The Journal of Mental Science.* Juillet 1902),

L'hôpital communal de Copenhague a été construit en 1863

pour recevoir toutes les catégories de malades pauvres de la ville.

Il était donc nécessaire de pourvoir au traitement des aliénés, et dans ce but on éleva sur les terrains de l'hôpital un pavillon spécial qui contenait 22 lits, mais que l'on a dû agrandir et qui en renferme aujourd'hui 54. Il n'était pas, et n'est pas actuellement destiné à servir d'asile, mais seulement de séjour temporaire d'admission : si les malades ne sont pas rapidement améliorés, ils sont dirigés sur un asile. En même temps que les aliénés, il reçoit les malades qu'il est nécessaire de séparer des autres, ceux qui ont des idées de suicide, les épileptiques, et les cas graves d'intoxication alcoolique. Depuis que le médecin qui dirige ce pavillon a été nommé médecin de la cour de justice, on y place aussi les inculpés dont l'état mental a besoin d'être étudié. La salle a la forme d'un corridor, et les 54 lits sont ainsi répartis : 20 chambres contenant un lit; trois chambres contenant deux lits; quatre chambres en contenant quatre et deux contenant six lits. Les hommes sont au rez-de-chaussée, les femmes au premier. Les malades bruyants sont à l'extrémité de chacun des étages, séparés des autres par un mur. Malgré les agrandissements réalisés, et malgré la courte durée du séjour des malades (les moyennes décennales montrent qu'elle ne dépasse pas vingt-trois jours), le pavillon devient insuffisant, et de nouveaux agrandissements sont à l'étude.

Depuis 1888, le système d'isolement au moyen de portes fermées à clef a été graduellement abandonné, et le système des portes ouvertes est complètement en vigueur. En même temps qu'on introduisait cette modification, on renonçait absolument aux moyens mécaniques de contention, et presque absolument à l'emploi des narcotiques. On essaye de calmer les malades par des moyens plus inoffensifs et plus humains, tels que le repos au lit, le maillot humide et les bains chauds prolongés. Ce n'est qu'en cas de paroxysmes violents, dangereux pour le malade et pour le personnel qu'on prescrit les narcotiques.

S'il est nécessaire dans un cas chirurgical, d'empêcher le malade de se lever, on le maintient couché au moyen d'une ceinture de cuir qui s'attache au lit, et qui empêche le blessé de se lever, mais en laissant aux membres leur entière liberté. C'est encore en 1888 que fut accomplie une autre réforme très importante. Les femmes qui donnaient des soins aux malades étaient d'une catégorie trop inférieure et d'une instruction insuffisante; elles ont été remplacées par des infirmières plus compétentes et d'un rang social plus élevé; depuis cette même époque le quartier des hommes est également desservi par des femmes, sauf pour quelques malades trop difficiles ou atteints de *delirium tremens*. Ce changement a donné les meilleurs résultats. On a même remarqué que des malades violents et excitables qui menaçaient de frapper les gardiens se calmaient aisément sous la dirction d'une infirmière ferme et bienveil-

lante. On avait craint que les idées obscènes de certains aliénés ne rendissent l'emploi des femmes difficile, il n'en a rien été; ces tendances obscènes, d'ailleurs, se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans les asiles du côté des femmes que du côté des hommes. Tout bien considéré, la réforme dont il s'agit a réalisé des avantages immenses à tous les points de vue.

Ce pavillon a rendu de grands services aussi aux étudiants et aux jeunes docteurs, en leur fournissant le moyen de se familiariser avec la psychiatrie clinique. Depuis vingt ans, le médecin-chef (qui est aussi professeur de Psychiatrie clinique) fait des leçons regulières, et qui, depuis plusieurs années sont obligatoires, si bien que les étudiants ne peuvent passer leur examen final sans les avoir suivies. De plus les médecins-adjoints de l'hôpital font à tour de rôle le service du pavillon des aliénés. Il est très important pour l'enseignement psychiatrique d'être ainsi alimenté par des malades qui se renouvellent incessamment. car les futurs médecins apprennent ainsi précisément ce qu'ils auront besoin de savoir plus tard, le diagnostic et le traitement des maladies mentales à leur début. Enfin, au point de vue médico-légal, les élèves trouvent là une occasion rare d'apprécier l'état mental et la responsabilité des inculpés, suspectés de maladies mentales.

L'hôpital y trouve aussi son avantage, car il envoie à ce pavillon ceux de ses malades qui, au cours d'autres maladies sont atteints de psychoses intercurrentes, ce qui n'est pas rare chez les alcooliques par exemple ; une fois la psychose guérie, ils rentrent dans leur salle.

Il faut signaler aussi que par le seul fait qu'il appartient à un hôpital général, ce pavillon inspire aux familles moins de répugnance que l'asile, et qu'on y amène les malades plus tôt et plus volontiers qu'on ne les conduirait à l'asile. En somme, on peut dire que depuis trente-neuf ans que ce pavillon existe, les services qu'il a rendus sont évidents, et que ses inconvénients ont été nuls.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

VII. **Les mesures prises par l'état à l'égard des aliénés**; par L.-J. MORTON (*The New Yorck Medical Journal*, 12 avril 1902).

Dans ce travail, pourtant assez court, l'auteur aborde des sujets nombreux et divers : il s'occupe successivement du logement des aliénés, de l'accroissement et des causes de la folie, des sanatoriums privés, de l'internement des aliénés, du traitement à domicile, de la classification, du traitement médical et de l'emploi des hypnotiques. R. M.-C.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 juillet 1903. — Présidence de M. G. Ballet.

Paralysie générale sénile.

M. Toulouse rapporte un cas de paralysie générale chez une femme âgée de soixante-douze ans.

Stigmates psychiques tardifs de dégénérescence mentale.

Le Secrétaire général communique, au nom de M. Wahl, l'observation d'une femme qui a présenté pour la première fois, à l'âge de cinquante-huit ans, diverses manifestations hystériques avec impulsions à frapper et prononcer des mots orduriers.

Hallucinations unilatérales de l'ouïe chez un paralytique général.

M. Sémelaigne rapporte l'observation d'un paralytique général présentant des hallucinations unilatérales de l'oreille gauche. Il entend parfois deux voix chantant des duos, se disputant en tenant des propos grossiers.

M. d'Heur communique aussi quelques observations de paralytiques généraux ayant eu des hallucinations de l'ouïe. Chez l'un d'eux les hallucinations semblaient être en rapport avec une affection streptococcique.

M. Boissier rappelle l'histoire d'un paralytique général observé par lui dans le service de M. Magnan et qui avait des hallucinations multiples de tous les sens sauf de la vue.

M. G. Ballet a observé aussi un paralytique général ayant des hallucinations bilatérales, comme en ont les délirants chroniques, et dont M. Vallon donnera l'histoire clinique complète dans une prochaine séance.

Délire hallucinatoire chez un brigtique.

M. Vigouroux expose le cas d'un artério-scléreux albuminurique ayant un délire hallucinatoire assez actif, sur lequel le régime lacté fut sans influence bien que l'albuminurie eut diminué. Deux ponctions lombaires avec écoulement, 15 et 30 centimètres cubes

de liquide céphalo-rachidien furent pratiqués. La diminution de la tension intra-rachidienne aurait eu pour effet de favoriser l'élimination des toxines agissant sur la cellule cérébrale et le malade guérit de ses troubles intellectuels.

M. Legrain compare au malade de M. Vigouroux un de ses malades dont les manifestations pénibles du petit brigtisme s'amélioraient après chaque ponction lombaire pratiquée chez lui. Ce malade qui est en même temps épileptique verrait ses attaques diminuer après chaque ponction.

Buveurs intermittents.

M. Halberstadt communique en son nom et au nom de M. Legrain un travail sur les buveurs intermittents chez lesquels l'impulsion à boire peut être considérée comme l'équivalent psychique d'une sorte d'épilepsie larvée. Marcel Briand.

Séance du 25 octobre 1903. — Présidence de M. G. Ballet

Mort de Théophile Roussel.

Le Président annonce la perte cruelle que vient de faire la Société médico-psychologique en la personne de son ancien président, Théophile Roussel, décédé pendant les vacances. Théophile Roussel, ajoute-t-il, appartenait depuis plus de trente ans aux assemblées législatives ; tout le monde connaît la part prise par le savant à la confection des lois sur l'ivresse, la santé publique, les enfants du premier âge et les enfants moralement abandonnés.

Par ses travaux sur le pellagre et son projet de loi sur le régime des aliénés, Théophile Roussel nous appartenait. C'est à ce titre qu'il fut appelé à la présidence de la Société médico-psychologique et à celle du Congrès des aliénistes et neurologistes en 1900.

L'Institut, l'Académie de médecine, le Sénat, dans l'éloge funèbre de ce savant, nous ont fait connaître ce qu'était l'homme de bien que la mort nous a ravi.

La séance est ensuite levée en signe de deuil.

Reprise de la séance.

Présidence de M. G. Ballet

Paralysie générale précoce chez une jeune fille de dix-neuf ans.

Mlle Géry présente une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de paralysie générale précoce. Cette jeune fille avait la syphilis au moment de son allaitement, ainsi que sa mère et sa nourrice.

M. G. Ballet fait ressortir que le principal intérêt du cas présenté par Mlle Géry réside dans la coexistence de la paralysie générale et de la syphilis, que celle-ci soit héréditaire ou acquise.

Hallucinations de l'ouïe chez un paralytique général.

M. Vallon communique l'observation d'un paralytique général ayant des hallucinations de l'ouïe, d'une nature un peu particulière. Ce malade croyait entendre parler les objets inanimés, tels que les ressorts de fauteuils ou de voitures. Les fauteuils l'insultaient tandis que les tramways lui adressaient des paroles encourageantes.

M. Marcel Briand, sans rechercher s'il s'agit d'illusions ou de véritables hallucinations, fait remarquer que ces troubles sensoriels ont le caractère démentiel des hallucinations des paralytiques généraux à une certaine période de leur maladie. Il faut, conclut-il, être vraiment P. G. pour se dire injurié par un fauteuil.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Seance du 5 novembre 1903. — Présidence de M. Déjerine, V.-P.

A propos du procès-verbal M. Dufour déclare que depuis la dernière séance son opinion s'est modifiée au sujet de la malade qu'il avait présentée. Il la considérait alors comme une hystérique présentant du clonus du pied. Actuellement tous les phénomènes de névrose ont disparu, la maladie a évolué, le clonus du pied reste. Il s'agit bien d'une lésion organique. Cette femme était donc atteinte d'un état organique qu'étaient venus compliquer transitoirement des accidents hystériques. La valeur séméiologique du clonus du pied n'est donc pas infirmée par ce cas.

La main bote dans la maladie de Friedreich.

MM. Cestan et Sicard décrivent au cours de la maladie de Friedreich une déformation de la main analogue à celle qui se produit au niveau du pied chez ces malades. « Le signe de la main bote » doit donc prendre sa place à côté du « pied bot » des auteurs classiques.

Les analgésies viscérales dans la maladie de Friedreich.

MM. Cestan et Sicard ont étudié au cours de la maladie de Friedreich les analgésies viscérales non recherchées jusqu'ici chez

de tels malades. Ces analgésies sont fréquentes et analogues cliniquement à celles que l'on rencontre dans le tabès.

Sclérodermie à disposition radiculaire.

MM. Huet et Sicard montrent une malade atteinte de sclérodermie du membre inférieur gauche répartie en bandes occupant le territoire radiculaire inférieur du plexus brachial. Des applications d'électricité à haute fréquence ont amené une certaine amélioration.

Deux cas de myélite aiguë au cours d'un carcinome secondaire de la dure-mère ou de la moelle.

MM. Gilbert-Ballet et Laignel-Lavastine présentent les préparations des mœlles de deux cancéreux, qui ont succombé avec le syndrome de la *paraplégie flasque*. L'histoire clinique de ces deux malades est analogue ; elle peut se résumer ainsi : cancer viscéral ; cachexie, puis brusquement paraplégie flasque des membres inférieurs avec participation des sphincters et anesthésie cutanée remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. L'examen anatomique a montré dans les deux cas une myélite aiguë transverse de la région dorsale inférieure et des lésions cancéreuses.

Dans le premier cas, elles consistaient en : carcinome de l'estomac à petites cellules, propagation aux corps vertébraux, embolie cancéreuse dans une artère dure-mérienne antérieure à la hauteur du 7e segment dorsal et noyaux cancéreux intra-médullaires dans le 8e segment dorsal.

Dans le 2e, elles consistaient en : cancer du corps du pancréas paraissant primitif, cancer secondaire du foie, des ganglions lymphatiques péri-pancréatiques, pré-rénaux, médiastinaux, trachéo-bronchiques, propagation à la dure-mère par les trous de conjugaison ; avec intégrité des vertèbres, pachyméningite externe cancéreuse du 10e au 11e segment dorsal, compression et dégénérescence radiculaire sans infiltration cancéreuse de la 10e racine dorsale postérieure droite.

Dans l'un et l'autre cas, l'évolution clinique se divise en trois actes : cancer viscéral, colonisation subaiguë médullaire ou péri-médullaire sans symptomatologie appréciable, sans accidents de compression, puis *brusquement myélite aiguë et paraplégie flasque*.

Il ne paraît pas douteux que la myélite aiguë est à elle seule responsable de la paraplégie flasque survenue aussi rapidement. Les colonisations cancéreuses médullaires ou périmédullaires n'ont pu et ne pouvaient produire qu'une irritation et non une suppression fonctionnelle.

Hystérotraumatisme ou foyers hémorrhagiques avec prédominance bulboprotubérantielle.

MM. Léopold Lévi et Melloizel présentent un sujet de trente ans victime d'un accident du travail à la suite d'une chute grave le 28 juillet 1903. Il fut atteint de troubles nerveux multiples qui semblaient d'abord se rapporter à l'hystero-traumatisme.

Mais l'existence d'une trépidation épileptoïde bilatérale mit sur la voie des lésions des centres nerveux. On constate alors le syndrome cérébelleux de Babinski (asynergie et catalepsie cérébelleuses, troubles de la diadococinésie). Une hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite avec surdité du côté opposé (paralysie alterne sensitive) et myosis bulbaire, put être rattachée à une lésion siégeant à la protubérance et intéressant le faisceau pyramidal (signe de l'abduction des orteils de Babinski). Enfin les auteurs considèrent comme organiques les phénomènes de myoclonie que présente encore le malade, et ils expliquent par des foyers hémorrhagiques accessoires l'hémianesthésie droite et le pleurer spasmodique du sujet.

M. Babinski à l'appui des conclusions de M. Lévi présente un malade syringomyélique présentant très typiquement l'*immobilité cireuse cérébelleuse* et insiste sur l'utilité médico-légale de ce signe en présence des accidents du travail.

M. Sicard ajoute que si ces signes imposent le diagnostic de lésion organique la ponction lombaire complète aussi la certitude et constitue elle aussi un important document médico-légal.

Etude comparative de la fatigue au moyen de l'ergographe chez des neurasthéniques et des myopathiques.

MM. Gilbert-Ballet et Jean Philippe présentent les ergogrammes qui ont servi de base à leur communication au XIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes à Bruxelles. Chez l'adulte normal, l'ergogramme montre un relevement immédiat et constant de l'énergie épuisée par un travail précédent.

Au contraire chez les neurasthéniques étudiés, les forces reviennent beaucoup plus lentement, plus irrégulièrement et ne se maintiennent pas au même niveau : parfois même la fatigue continue de s'accumuler malgré les intervalles de repos.

L'automatisme mental des aphasiques.

MM. Pierre-Marie et Vaschide. Il résulte des recherches expérimentales de ces auteurs, que l'automatisme mental des aphasiques ne ressemble guère à l'automatisme normal. Des sujets n'ont pas à leur disposition cette ressource riche d'images et des éléments

sensoriels qui les guident et facilitent l'intelligence ou l'exécution d'un acte. L'automatisme mental des aphasiques se polarise facilement ; les sujets sont comme *intoxiqués* par un mot, par une image, par une phrase ou par un acte qu'on leur demande de répéter ou d'exécuter incidemment. Leur automatisme mental ne peut pas évoluer ou s'adapter à une autre série d'images : il est immobilisé et il contribue à rendre de plus en plus l'image première automatique au lieu de servir comme substratum général à toute forme de l'effort intellectuel. La polarisation se fait surtout autour du premier effort, autour de la première adaptation réalisée. L'automatisme mental des aphasiques est isolé ; il n'évolue pas à cause de son isolement et il rend à cause de ce fait de plus en plus obsédante l'image première. La fatigue augmente cette obsession et finit par la transformer en une profonde distraction.

Défaut de coordination des muscles oculo-moteurs chez les ataxiques.

MM. Mirallié et Desclaux, avec leur méthode spéciale, ont examiné l'état de la musculature oculaire de trois tabétiques. Leur premier malade, quarante-neuf ans, tabétique avec ataxie très accentuée surtout depuis quatre ans et demi, n'a jamais eu ni paralysie oculaire, ni strabisme, ni aucun trouble visuel. Placé à cinq mètres d'un tableau sur lequel est peint un disque coloré, le malade le voit nettement, comme un individu normal.

Plaçant alors un tube tronconique devant l'un des yeux, l'autre œil étant fermé, on s'assure que le disque est bien dans le champ visuel de cet œil ; le malade ouvre alors l'autre œil ; immédiatement il voit deux disques et cette diplopie malgré tous ses efforts, le malade est incapable de la corriger. S'il ferme un œil, que ce soit celui devant lequel est placé le tube ou l'autre, il ne voit qu'un seul disque ; parfois, la diplopie semble disparaître, bien que le malade ait les deux yeux ouverts, mais c'est que, alors, le malade ne regarde le disque que d'un œil, l'autre œil ne le voit pas ; mais si le malade cherche à apercevoir le disque avec les deux yeux, la diplopie apparaît : dans la vision binoculaire, un des plans visuels étant fixé par le tube. Il y a diplopie. — Nous retirons le tube, la diplopie disparaît, et, dans la vision binoculaire ordinaire, il n'y a pas trace de diplopie ; nous plaçons le tube devant l'autre œil, immédiatement la diplopie réapparaît.

Le second malade est un tabétique ataxique très avancé ayant un peu de strabisme et du ptosis d'un côté ; même examen, mêmes phénomènes. Le troisième malade moins ataxique que les deux autres n'a jamais eu aucun trouble oculaire et ne présente pas à l'examen spécial les mêmes phénomènes. La diplopie n'apparaît qu'avec un prisme de 4° pour les droits supérieur et inférieur, et

à 8° pour le droit interne. Les muscles homologues des deux yeux ont rigoureusement la même puissance.

Les auteurs en concluent que, dans la vision oculaire normale, l'ataxique arrive inconsciemment à faire converger les axes visuels sur un même point et à éviter la diplopie ; mais vient-on à troubler ces conditions de la vision normale, à demander aux muscles oculaires un effort voulu, un acte de motilité consciente et précise, la diplopie apparaît : celle-ci n'est donc que la conséquence d'un défaut de coordination, d'une ataxie des muscles oculaires. Donc :

1° Chez le tabétique arrivé à un degré avancé de l'ataxie, il existe, dans les muscles oculo-moteurs, un défaut de coordination latent, une ataxie latente, insuffisante pour provoquer un trouble subjectif quelconque de la vision dans les conditions normales, mais qui apparaît dès que, par un artifice, on immobilise l'axe visuel d'un œil.

2° Les muscles oculo-moteurs participent à l'incoordination motrice, tout comme les autres muscles du corps. L'ataxique ne commande pas mieux à ses muscles oculo-moteurs qu'aux muscles des membres, et l'incoordination motrice est un symptôme de toute la musculature.

3° Ce trouble de la coordination des muscles oculaires est un symptôme tardif, dans le tabes ordinaire ; il manque au début de la maladie et n'apparaît que quand l'incoordination est déjà très accentuée aux membres inférieurs et aux membres supérieurs. Il serait intéressant de rechercher l'époque d'apparition de ce symptôme dans les cas de tabes supérieur.

Faits en désaccord avec la loi de Waller et discussion des notions en cours sur la structure et le fonctionnement des organes nerveux.

M. Durante présente les pièces d'un cas de section des nerfs de l'avant-bras dans lequel le bout périphérique ne s'est pas atrophié. Il rapporte à ce propos de nombreuses observations semblables empruntées à divers auteurs et tendant à infirmer la notion de la cellule nerveuse considérée comme centre trophique de la fibre nerveuse correspondante et l'unité cellulaire du neurone. Même séparée de sa cellule la fibre sectionnée continue à fonctionner et à se nourrir si elle est atteinte par le courant nerveux général. Le cylindraxe ne serait pas un produit de la cellule nerveuse, et le nerf périphérique ne serait pas issu par bourgeonnement de l'axe central, pas plus que la cellule de myéline ne serait venue l'entourer accessoirement, mais il serait un produit interne de cette cellule à myéline dont il ferait partie intégrante. M. Durante, appuyé d'une opulente bibliographie, se range du côté de ceux qui considèrent comme dépeinte la théorie du neurone.

Thyroïdites chroniques chez les aliénés.

M. Dide rapporte le résumé de cinquante-neuf observations d'altérations thyroïdiennes chez des aliénés divers. La glande thyroïde est très fréquemment atteinte chez ces malades, que son volume reste normal, qu'il soit diminué ou qu'il soit augmenté, car les trois cas se présentent. Sa sclérose est la lésion habituelle, elle peut être vésiculaire, ou générale, nodulaire, diffuse ou interstitielle, prenant son origine autour des vaisseaux. Ayant remarqué, chez une femme de trente-sept ans atteinte de démence précoce catatonique, la fréquence des œdèmes : œdème froid et gélatiniforme du pied, non influencé par le lit ni par le lait, l'auteur eut l'idée d'appliquer le traitement thyroïdien qui amena une amélioration sensible de l'état mental. Les états œdémateux fréquents chez les déments précoces seraient-ils à rapprocher du myxœdème ?

M. Ballet voudrait être plus certain que la malade de M. Dide soit bien une démente précoce et demande que la suite de l'observation soit communiquée dans trois mois. F. Boissier.

XIIIe CONGRÈS

DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bruxelles, du 1er au 8 août 1903

(Additions)

Traitement de la chorée arythmique hystérique par l'immobilisation. — De l'influence de la vue comme élément d'auto-suggestion dans la genèse des phénomènes hystériques.

M. Huyghe (ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Lille). — Parmi les états pathologiques d'observation courante, il en est peu qui furent l'objet de médications aussi variées que les chorées arythmiques. — Elles peuvent se classer en trois groupes : chorée de Sydenham ; chorées chroniques progressives de l'adulte et de l'âge mûr ; chorées symptomatiques. A cette classification il faut ajouter la chorée hystérique et ses diverses variétés.

L'auto-suggestion pourra déjà rendre un service réel, celui d'étayer l'opinion du médecin ; enfin s'il s'agit de chorée hystérique, elle amènera une guérison rapide et définitive. Nous avons employé les méthodes diverses déjà décrites. *Hypnose* et commandement durant le sommeil provoqué : *inhalations de chloroforme*,

alors que l'hypnose était par trop lente à obtenir, ou d'une difficulté presque insurmontable, inhalations amenant la résolution, mais non le sommeil complet, commandements durant cette période. — Résultats presque nuls. — *Bleu de méthylène*. — Bracelets au collodion iodoformé, ou au collodion coloré en rouge ou en bleu, bracelets dessinés sur les membres animés de contractions spasmodiques. Résultats incertains. Nous avons eu enfin recours à une médication qui jusqu'à ce jour ne compte pas d'insuccès : le malade est chloroformisé d'une façon incomplète; après quelques bouffées de chloroforme, l'anesthésie n'étant même pas recherchée, nous opérons quelques frictions sur les membres atteints, frictions perçues par le malade; puis, toujours sous chloroforme, les membres sont placés en des gouttières; bras et jambes sont complètement immobilisées et la gouttière dûment ouatée est complètement close par des bandes de toile. Nous maintenons l'immobilisation durant cinq à six jours; ce temps écoulé, le pansement est enlevé et en général tout mouvement choréiforme a disparu. Mais s'il persistait quelque mouvement, si minime soit-il, de nouveau les membres atteints sont replacés en gouttière et durant le même temps.

Ce traitement ne peut être appliqué que dans les formes relevant de l'hystérie; il a sur les autres les avantages suivants : 1° le malade est toujours en auto-suggestion; 2° le malade *ne voit plus ses membres*, il oublie donc de bouger.

L'auteur cite des observations où la guérison survenue est due à l'auto-suggestion, mais, fait notable, l'auto-suggestion ne fut vraiment curative que consécutivement à l'enveloppement complet des membres.

De la sélection négative.

M. Toutichkine (de Kharkoff). — On sait que les questions de l'hérédité pathologique dans les maladies mentales et nerveuses sont étudiées le mieux par les savants français. Il ne faut que se rappeler les noms de Lucas, Morel, Moreau de Tours, etc. M. Trélat dit que l'hérédité est la cause des causes des maladies mentales. Selon M. Déjérine, les affections nerveuses sont toujours héréditaires. Le célèbre Morel est le père de la science de la dégénérescence héréditaire en résultat de l'hérédité pathologique *progressive*. M. Ch. Féré, dans sa *Famille névropathique* — œuvre que j'ai eu l'honneur de traduire en russe — emploie le terme « sélection pathologique », analogue à la sélection sexuelle de Darwin : il fait attention sur le rôle des mariages entre les dégénérés, déséquilibrés; sur le rôle de l'hérédité morbide double du côté du père et du côté de la mère. On sait que, selon Charcot, les nerveux se recherchent. Notre cher confrère, M. Legrain, a noté la fréquence

des mariages entre les alcooliques. Une autre espèce de sélection pathologique, ce que j'appelle « sélection négative *artificielle* », analogue à celle de Darwin, est notée déjà dans la littérature médicale, quoique nous n'ayons pas trouvé des travaux spéciaux, consacrés à cette question, sauf ceux de M. Ireland, qui constate la dégénérescence de la famille royale d'*Espagne* en résultat des mariages des membres de cette famille entre eux. Esquirol dit que les maladies mentales se rencontrent 60 fois plus souvent dans les familles aristocratiques que dans le reste de la population, ce qui dépend de la sélection pathologique artificielle. Je ne veux pas vous fatiguer en citant d'autres exemples.

Mais nulle part, dans la littérature médicale, je n'ai trouvé des indications sur la sélection négative *naturelle* qui s'accomplit d'une manière inconsciente, automatique. Je me suis intéressé à la question, s'il se rencontre souvent en général l'hérédité pathologique *double*, ou convergente dans l'étiologie des névroses et des psychoses, dans celle de la dégénérescence familiale. Si c'est juste, alors les mariages entre les personnes pathologiques dans la large acception de ce mot, quelles que soient leurs causes, jouent un rôle incontestable comme un facteur de l'hérédité pathologique *progressive*.

Voilà le but de mes recherches sur ce sujet que j'ai entreprises il y a déjà quelques années, et que j'ai publiées en russe dans une œuvre sous le titre : « *Le rôle de la sélection négative dans le processus de la dégénérescence familiale — ou les principes du darwinisme dans la pathologie* ». — Je demande pardon à l'assemblée honorable de ne pas être du tout préparé à la communication que j'ai décidé de faire, il n'y a que deux jours, sur la proposition de mon cher collègue, M. Marie. C'est pourquoi je ne puis pas expliquer ici brièvement, mais d'une manière compréhensible, les détails de la technique de mes recherches, et je ne m'arrêterai que sur les principes. En étudiant l'hérédité de mes malades (des cliniques et des hôpitaux de Moscou), je notais, dans leurs familles, les personnes chargées de tares, les personnes dégénérées, ou pathologiques dans la large acception de ce mot, par exemple, aliénés, épileptiques, hystériques, invétérés, imbéciles ou idiots, alcooliques, chroniques graves, tuberculeux, dégénérés supérieurs proprement dits, bizarres, démoralisés, criminels, vicieux [1].

[1] On trouvera de très nombreux documents sur l'hérédité, la consanguinité, les impressions et obsessions maternelles, les accidents de l'accouchement, l'alcoolisme, les professions insalubres, etc., etc., dans les 25 volumes de nos *Compte-rendus*. Nous les signalons car beaucoup de neurologistes ne semblent pas les connaître. (B.)

Tics des lèvres. Chéilophagie, chéilophobie.

M. Henry Meige (de Paris). — Les muscles des lèvres prennent part à un grand nombre d'actes fonctionnels : ils coopèrent notamment à la mastication et à la mimique ; aussi les tics des lèvres sont-ils extrêmement communs : moues, succions pincements, rictus de toutes sortes. Les lèvres jouent aussi un rôle dans les fonctions de la respiration, de la phonation ; on voit ainsi des tics des lèvres compliquées de bruits respiratoires et laryngés. Mais, en dehors des tics proprement dits qui se distinguent par leur caractère convulsif, les lèvres sont encore l'occasion et le siège d'habitudes motrices intempestives dont la plus fréquente est la *chéilophagie*.

Les « mangeurs de lèvres » sont certainement aussi nombreux que les « rongeurs d'ongles », et se recrutent dans la même catégorie de névropathes et de déséquilibrés que ces derniers. Les mêmes causes d'ailleurs entraînent les habitudes onychophagigues et chéilophagiques. L'abondance et la délicatesse des terminaisons sensitives dans les régions unguéales et labiales expliquent la multiplicité de l'acuité des incitations qui en partent, et dont chacune peut être l'occasion d'une réaction motrice. Chacun de ces mouvements provoquant à son tour une sensation nouvelle excite. chez un prédisposé friand d'impressions sensitives, le désir de recommencer. Par la répétition, l'acte passe à l'état d'habitude ; le besoin de l'exécuter devient de plus en plus impérieux ; sa non-satisfaction s'accompagne d'une véritable souffrance. Et comme sa volonté est trop fragile et trop versatile pour opposer une vive résistance, le chéilophage, comme l'onychophage, finit toujours par céder à la tentation.

La chéilophagie s'observe surtout dans le jeune âge. Son point de départ est généralement une excoriation labiale, plus souvent encore les gerçures causées par le froid. Les pellicules d'épiderme soulevé provoquent une sensation désagréable que le sujet cherche à faire disparaître par un frottement de la langue ou une morsure des dents, dont l'effet dépasse le but, en augmentant l'érosion et en même temps la douleur. Mais il recommence dès que celle-ci s'est atténuée. Certains, au lieu de mordre leurs lèvres, préfèrent les gratter avec leurs ongles, ce qui ajoute aux inconvénients de cette mauvaise habitude les dangers de l'infection. Quel que soit le procédé, il a pour résultat une tuméfaction des lèvres accompagnée ou non de petites plaies saignantes ou croûteuses[1].

La chéilophagie est justiciable des mêmes procédés de traitement que toutes les habitudes intempestives. La surveillance des parents suffit parfois à l'enrayer. Elle disparaît en général à l'âge adulte, où elle est souvent remplacée chez l'homme par une habitude similaire, la *trichophobie*, acte de manger les poils de la barbe,

ou par l'acte de friser jusqu'à les briser les poils de la moustache. On peut donner le nom de *chéilophobie* à une variété de nosophobie dont M. Meige rapporte un exemple curieux, chez un tiqueur qui fut guéri à la fois de ses tics et de sa phobie labiale.

En pareil cas, la meilleure psychothérapie consiste à dire la vérité. Car les *idées fixes* ont souvent pour point de départ des *idées fausses*. Il faut rechercher ces dernières et s'efforcer d'en démontrer la fausseté, non seulement par des paroles, mais à l'aide d'expériences qui nécessitent la collaboration active du malade et dont les bons résultats lui font reconnaître l'absurdité de ses phobies [1].

Traitement sérothérapique du goître exophthalmique d'après la méthode de Bullet et Enriquez.

Nous avons donné (p. 261) un résumé de cette communication faite par M. Hallion en son nom et en celui de M. Carrion. Elle a donné lieu à la discussion suivante :

MM. Gilbert Bailet et Enriquez (de Paris). — Nous avons écouté la communication de MM. Hallion et Carrion avec le plus grand intérêt. Si depuis 1895, date à laquelle nous avons exposé les résultats encourageants de notre méthode sérothérapique, nous n'avons pas continué nos recherches, c'est que successivement nous nous sommes butés à une série de difficultés. En premier lieu, les chiens éthyroïdés succombent rapidement à l'ablation du corps thyroïde. En deuxième lieu, le sérum de chien avait provoqué chez deux de nos malades des accidents locaux et généraux (tétanie, accidents convulsifs), qui nous avaient fait cesser le traitement. Quand plus tard on essaya en Allemagne de remplacer notre sérum par le lait d'animaux éthyroïdés, de chèvres plus particulièrement, nous avons également à plusieurs reprises essayé ce mode de traitement. Les résultats que nous avons obtenus ont été encourageants. Mais cette fois-ci encore des difficultés d'ordre pratique, absence de local, difficulté de donner aux animaux en lactation une alimentation qui leur convienne, ne nous ont pas permis de continuer notre expérience comme nous aurions voulu. Aussi sommes-nous heureux que MM. Hallion et Carrion aient repris cette recherche avec l'autorité de leur talent d'expérimentateurs. Le produit total du sang d'animaux éthyroïdés qu'ils nous présentent nous permettra désormais de multiplier des recherches et de juger en dernier ressort, au point de vue clinique, les considérations théoriques qui nous avaient amenés à l'essayer en 1895.

[1] On trouvera un bel exemple de chéilophagie dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1902, p. 206.

BIBLIOGRAPHIE.

XXVII. *La Chorée mentale et son traitement*; par le Dr Jean Demoor (*Bull. de la Soc. royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles*. 2 juillet 1900.)

La chorée mentale des enfants est un état psychique sur lequel on n'a pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention en psychiatrie.

Trois observations servent à en préciser les caractères cliniques : un premier garçon de 7 ans, présente une agitation extrême avec une attention impossible à fixer. Instabilité mentale complète et mobilité musculaire extraordinaire. Pourtant il n'est pas très arriéré, il se montre très affectueux et il n'a aucune manifestation de chorée musculaire, car il prend très facilement et très régulièrement les objets les plus petits. C'est un exemple de *chorée mentale sans insuffisance psychique.*

Le second garçon, âgé de 10 ans, est tout aussi agité, et ne reste pas une minute tranquille ni silencieux, parlant, chantant, remuant, courant sans cesse. Mais, en outre, de la chorée mentale, il y a chez lui une insuffisance psychique (idiotisme du premier degré).

Un troisième, âgé de 9 ans, danse, parle, chante, frappe des mains, embrasse les enfants qui l'entourent, faisant tout d'une manière saccadée et absolument typique, et, néamoins, il n'y a chez lui non plus, aucune manifestation choréique des muscles. Nystagmus, masturbation, Intelligence bonne.

En somme, la chorée mentale est une *maladie de l'attention,* caractérisée par l'inconstance et l'insuffisance de l'attention et de la volition, et greffée le plus souvent sur un état d'insuffisance psychique peu prononcé.

L'intérêt de cet état mental consiste surtout dans l'efficacité du traitement qu'on peut diriger contre lui : une discipline musculaire progressive, par un véritable traitement mécanique, montre la réelle valeur éducative, au point de vue intellectuel, du mouvement bien compris et bien exécuté.

Mais la mobilité de l'attention rend très difficile cette régularisation des contractions musculaires. Aussi a-t-on essayé d'appliquer à ces cas la méthode des exercices eurythmiques et de favoriser l'activité des centres rolandiques en l'associant à celle des centres acoustiques mis en éveil par des excitations musicales bien rythmées. Ainsi les centres rolandiques entrent en travail d'une manière presque automatique, et par association avec les centres acoustiques corticaux.

Par cette méthode, d'ailleurs très comparable aux exercices musculaires et phonétiques associés que M. Bourneville emploie depuis de longues années dans son service de Bicêtre, l'auteur a obtenu des améliorations notables chez les trois jeunes garçons qu'il avait fait admettre à l'école d'enseignement spécial.

Pierre Roy.

XXVIII. *Topografia de los nucleos de los segmentos medulares del hombre* (Topographie des noyaux gris des segments médullaires de l'homme), avec 72 planches (95 dessins); par le Dr José T. Borda, chef de clinique de psychiatrie. — Buenos-Aires, 1902.

Travail très consciencieux et complet basé sur l'étude méthodique et comparée de six moelles appartenant à des sujets morts à un âge adulte, et n'ayant présenté pendant leur vie aucun trouble pouvant dépendre d'une altération médullaire. Ces moelles ont été débitées en coupes sériées et traitées par la méthode de Nissl.

On voit ainsi très exactement toute l'étendue des noyaux d'origine des nerfs *moteurs* du tronc et des membres. Ces noyaux sont échelonnés dans toute la hauteur de la moelle, formant une colonne ininterrompue, visible en différents segments médullaires sur les coupes transversales. Il n'existe donc pas une segmentation des centres médullaires, en forme ganglionnaire, comme on le croit communément. L'origine réelle des nerfs du tronc et des membres est tout à fait distincte; les nerfs du tronc ont leur origine dans la *colonne interne motrice* et les nerfs des membres dans la *colonne latérale*. (L'auteur adopte la nomenclature de Waldeyer.)

De même, il n'y a pas de localisation en différentes colonnes ou groupes de la zone *sensitive* spinale, à l'exception de la colonne de Clarke (projection du cervelet) et de la colonne réticulaire (projection du système sympathique?). D'après cette étude, on peut, suivant l'auteur, localiser les zônes de dégénération rétrograde correspondant à différents muscles dans le cas d'amputation, d'atrophie, etc., et établir, par conséquent, le centre spinal de chaque muscle, inconnu jusqu'alors.

Par cette méthode on peut également suivre : la *colonne de Clarke* dans toute sa hauteur, depuis le troisième segment lombaire jusqu'au premier segment dorsal et au bulbe par le noyau interne de Burdach; la *colonne réticulaire*, depuis les segments coxygiens jusqu'au bulbe, où elle se continue avec le grand noyau cellulaire de la formation réticulaire de Kœlliker, en tenant compte de ses deux solutions de continuité, dans la moëlle lombaire et dans la moelle cervicale; la *colonne latérale motrice*, depuis le deuxième ou troisième segment sacré jusqu'au premier segment lombaire, puis, dans la moelle cervicale, depuis le premier segment dorsal jusqu'à la limite supérieure du quatrième cervical, où elle se continue avec le noyau du nerf spinal; la *colonne interne*

motrice, apparaissant dès le quatrième segment sacré et poursuivant avec quelques petites interruptions jusqu'au bord supérieur du premier sacré, disparaissant dans le cinquième segment lombaire pour se montrer ensuite sans interruption jusqu'au bulbe, où elle se continue avec le noyau de l'hypoglosse. Pierre Roy.

NÉCROLOGIE



Claude PHILIPPE

1865 - 1903

Les liens d'étroite amitié qui nous unissent au Dr Cl. Philippe nous imposent la pénible mission d'annoncer aux lecteurs des *Archives* la triste nouvelle de sa mort. Il a été enlevé en quelques heures dans la nuit de vendredi à samedi. Cette perte atteint la

science neurologique tout entière. Ceux qui, comme nous, ont vécu plusieurs années à ses côtés, travaillant avec lui, partageant ses joies et ses peines, ceux-là pouvaient mieux que personne apprécier non seulement ses belles qualités de travailleur infatigable et sa solide méthode scientifique, mais aussi sa droiture et son énergie de caractère, son cœur excellent, son dévouement sans bornes pour ceux qu'il savait ses amis. Le professeur Raymond, qui avait pour son collaborateur Philippe une estime et une affection toute particulière, a voulu lui adresser un dernier adieu. Voici les paroles émues qu'il a prononcées mardi à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière :

Messieurs,

Un événement douloureusement imprévu vient de mettre en deuil la clinique. Mon ancien interne, Philippe, mon chef de laboratoire d'anatomie pathologique, mon collaborateur très dévoué, est mort frappé brusquement dans la nuit de vendredi à samedi dernier.

Vendredi, vous avez pu le voir, assistant à ma leçon, avec son entrain et son zèle coutumiers. Le soir encore, à minuit, il était en apparence plein de vie et de santé, participant même à une conférence d'agrégation. Il rentre chez lui, et le lendemain matin, son frère, en pénétrant dans sa chambre, le trouve en pleine agonie. Quelques instants après, il était mort. Tels sont les faits dans leur navrante brutalité.

Lorsque. par la fuite naturelle des années, un homme est arrivé à la fin d'une carrière scientifique bien remplie, lorsqu'il a consacré à son œuvre tout ce que ses facultés lui permettaient de donner, il peut envisager avec sérénité la mort prochaine ; mais lorsqu'une belle intelligence est ainsi fauchée, cette mort prématurée a quelque chose d'injuste, de profondément injuste. Et pour mon pauvre et cher collaborateur, il en a été ainsi. Il touchait au moment où il allait récolter le fruit de ses travaux ! Dans quelques semaines, le concours d'agrégation allait s'ouvrir ; il avait la légitime ambition d'être nommé. Je crois que son ambition n'eût pas été déçue. C'était la porte de l'avenir toute grande ouverte.

J'ai eu l'honneur d'avoir Philippe auprès de moi pendant sept années : une année comme interne, six années comme chef de laboratoire d'anatomie pathologique. Il m'a rendu les plus grands services, je tiens à le proclamer hautement dans cet amphithéâtre.

C'est qu'en effet, il était admirablement préparé à la tâche que je lui demandais. Antérieurement, il avait fait un premier internat à Lyon, sous la direction de maîtres distingués et qui le chérissaient. Il fit une nouvelle période de quatre années d'internat à Paris. Ses goûts, déjà dès le début de ses études médicales, le portaient vers l'anatomie pathologique.

Élève d'un homme que je considère comme un des premiers anatomo-pathologistes de ce temps, de mon collègue et ami Gombault, il devait bientôt se distinguer lui-même. Il fut un histologiste remarquable, tout en étant un clinicien de valeur, car il ne sépara jamais l'une de ses études de l'autre. Et c'était là précisément ce qui faisait son originalité, sa personnalité.

Il savait bien que, pour l'exacte appréciation des faits anatomo-pathologiques, il faut s'en rapporter toujours, et en dernier ressort, à la clinique. C'est dans cet esprit qu'il dirigea le laboratoire. La très juste notoriété qu'il s'était acquise en France et à l'étranger fut le couronnement de ses efforts. Il en fut encore récompensé par les témoignages d'estime des nombreux médecins de tous les pays qui venaient s'instruire sous sa direction.

Je vous rappelle ses principaux travaux : ses belles études sur le tabès et les cordons postérieurs, sur les amyotrophies en général, sur les encéphalopathies infantiles et sur bien d'autres points de l'histologie normale et pathologique du système nerveux. Tous, vous avez présentes à la mémoire ses publications aux différents congrès et sociétés savantes, ses dernières études d'ensemble publiées en collaboration avec M. Gombault et sa participation aux divers traités classiques.

Je viens de vous rappeler ce qu'a été le savant. Derrière le savant, il y avait un homme profondément bon, droit, honnête, serviable, pour qui, collègues et condisciples, avaient estime et affection.

J'ai tenu, Messieurs, à vous exprimer ici, en quelques mots, dans cette chaire de la Salpêtrière qu'il a si bien servie, tous les sentiments que j'avais voués à ce regretté élève, collaborateur et ami. Que sa vieille mère, écrasée par le chagrin, que ses distingués frères reçoivent l'hommage d'un homme qui a beaucoup aimé Philippe et qui est touché, lui aussi, par la perte de l'un des siens. « Peut-il en être autrement, je vous le demande, Messieurs, lorsque, pendant des années, deux vies s'associent aussi complètement que celle du maître et de l'élève ! »

On nous permettra de retracer en quelques mots l'œuvre scientifique de notre ami. Philippe fit ses premières études médicales à Lyon, où il devint rapidement interne des hôpitaux et aussitôt, par ses travaux, avec Bard sur la myocardite interstitielle chronique, avec Rabaud sur la myocardite diphtérique, manifeste son goût pour les études d'anatomie pathologique. Il vient à Paris ; il est reçu à l'internat des hôpitaux, ce qui lui permet de devenir l'élève de Gombault, de Merklen, de Grancher, de Marfan, de Chauffard et de Raymond. C'est au cours de sa dernière année d'internat qu'il fut nommé chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique Charcot, à la Salpêtrière, situation qu'il n'avait pas cessé d'occuper.

Depuis 1894, Philippe a publié de nombreux et importants travaux, soit en son nom personnel, soit en collaboration avec ses maîtres, ses amis et ses élèves, avec cet esprit scientifique que définissait plus haut le professeur Raymond. Nous rappellerons ses belles études sur *les Aphasies, le Tabes, la Systématisation des cordons postérieurs, la Syringomyélie et les cavités médullaires, la Maladie de Friedereich, les Encéphalopathies infantiles, les Encéphalites aiguës, les Myélites tuberculeuses, la Sarcomatose du système nerveux, les Lésions cérébrales dans la sclérose en plaques, les Amyotrophies au cours du tabès*, etc. En outre, il modifiait la méthode de Nissl et, par une étude critique, établissait ce qu'on peut vraiment lui demander ; il collaborait dans le « Traité de médecine » aux articles sur les Encéphalites de l'enfance et sur la Paralysie générale ; il écrivait les examens histologiques des Leçons cliniques du professeur Raymond et des Comptes rendus de Bicêtre de M. Bourneville; enfin, dans le « Traité d'histologie pathologique » de Cornil et Ranvier, il avait été chargé, avec M. Gombault, de l'anatomie pathologique du système nerveux. Tel est l'énorme labeur scientifique qu'il a produit dans quelques années et cela malgré l'effort incessant et la tension d'esprit que réclamait la pénible préparation des concours.

Cependant d'autres études qu'il préparait de longue date étaient destinées à voir le jour prochainement ; nous, qui avions été de ses élèves et ses amis, nous ne manquerons pas au devoir de les publier ultérieurement en son nom. R. Cestan et J. Oberthur.

VARIA.

Les Aliénés en liberté.

Poursuivi par les Prussiens. — Un individu, les cheveux hérissés se précipitait, hier, vers trois heures, au commissariat de police du quartier Saint-Lambert, et se cachant aussitôt sous une banquette en criant : Fermez les portes, les Prussiens vont venir : ils viennent de bombarder Malakoff et veulent renverser le ministère. Il y en a une bande dans l'escalier.

On retira le pauvre dément de dessous sa banquette et on le calma tant bien que mal. Des papiers trouvés sur lui, il résulte que c'est un nommé Paul Guérin, quarante-six ans, cultivateur, originaire de Saint-Germain-d'Aunay, dans l'Orne. Il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale, par M. Raynaud, commissaire de police. Encore fallut-il qu'un agent en uniforme l'accompagnât pour le protéger contre la fureur de ses imaginaires ennemis.

— Les nombreux passants qui suivaient, hier matin, la rue de Flandre étaient violemment pris à partie par une femme vêtue d'une culotte d'homme et portant un enfant de quatre ans dans ses bras. Chemin faisant, elle secroisa avec un prêtre qu'elle commença d'invectiver : J'aimerais mieux « bouffer » mon enfant, lui criait-elle, que de te le donner à baptiser.

Sa fureur s'apaisa tout à coup et, prenant sa course, elle se réfugia au numéro 1 de l'impasse des Anglais, où elle demeure. Là, après avoir brisé ses meubles à coup de marteau et tailladé son linge à coup de ciseaux, elle fit un monceau de ces débris et voulut y mettre le feu.

A ce moment, M. D'Homme, commissaire de police du quartier du Pont-de-Flandre, prévenu par des voisins, que l'état de surexcitation de leur co-locataire avait intrigués, fit irruption dans la chambre. Mais la femme, s'armant de son marteau et d'un couteau à lame effilée et tranchante, opposa au magistrat une résistance acharnée. M. D'Homme eut vite fait de désarmer la pauvre folle qui a été dirigée sur l'infirmerie spéciale. (*Le Journal*, 17 septembre).

— Une dame Robert, vingt-huit ans, dont le mari est gardien au pénitencier de Belle-Isle-en-Mer, atteinte de *maladie noire, a égorgé* sa fillette de trois ans et lui a ouvert le ventre avec un mauvais couteau de cuisine. Elle est allée ensuite se noyer dans la mer. (*Bonhomme normand*, 1er octobre 1903.) D'où la nécessité de l'hospitalisation jusqu'à ce qu'une observation attentive permettent d'assister dans la famille.

Drame de l'alcoolisme.

Un fou incendiaire. — Un menuisier de l'avenue de Saint-Ouen. M. Armant B..., trente-sept ans, faisait, il y a trois mois, un héritage considérable. Une de ses cousines, domiciliée à Lyon, lui léguait une somme de 110000 francs et deux maisons. En attendant la liquidation de sa succession, Armand B se fit avancer 3000 francs par son notaire et se mit à « faire la noce ». Chaque jour, on le ramenait ivre mort. Il but tant et tant qu'en trois mois il devint alcoolique et finalement fou.

Hier matin, dans une toilette plus que sommaire, il se présentait chez une de ses voisines en disant : N'ayez pas peur ! Je suis Jésus... revenu sur terre pour soutenir les revendications féminines. — Comme bien l'on pense, la locataire expulsa son trop peu vêtu visiteur.

Le menuisier remonta chez lui, entassa tous ses meubles dans une pièce, y mit le feu, puis grimpa sur le toit. Pendant que l'on éteignait le commencement d'incendie, des agents capturaient le pauvre fou, qui s'était caché derrière une cheminée, et le condui-

saient non sans peine au commissariat de police, d'où il fut dirige sur l'infirmerie spéciale par M. Rouffaud, commissaire de police des Batignolles. (*Journal*, 9 septembre.)

Les Aliénés en Angleterre et au pays de Galles

Le 57e rapport des commissaires aliénistes pour l'Angleterre et le pays de Galles, rapport qui vient d'être publié, montre qu'en février 1903, le nombre d'aliénés enregistrés était de 113,964, soit 3,251 de plus que l'année dernière à pareille époque. Cela donne une proportion de un aliéné pour 293 personnes. Parmi ces aliénés les alcooliques figurent 23-1 p. 100 chez les hommes et de 9,6 p. 190 chez les femmes, les épileptiques représentent 12 p. 100 du total général. (*Presse méd.*, 1903, septembre).

FAITS DIVERS.

Asile public d'aliénées de Chateau-Picon (a Bordeaux). — *Concours.* — Le 10 décembre aura lieu un concours pour un emploi de troisième interne à l'asile public d'aliénées de Bordeaux. Pour renseignements, s'adresser au Directeur.

Asiles d'Aliénés. — *Nominations et Promotions.* — M. le Dr Meilhon, directeur médecin à l'asile d'aliénés de Quimper est promu à la 1re classe du cadre à partir du 1er septembre 1903. — M. le Dr Gimbal est nommé médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne) en remplacement de M. le Dr Parant, mis en disponibilité sur sa demande.

Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (à Mayenne). — Un emploi d'interne est disponible à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne (Mayenne). Les candidats à cet emploi devront être Français, être âgés de 21 ans au moins et avoir, au minimum, dix inscriptions de doctorat. Le titulaire de l'emploi recevra un traitement annuel de huit cents francs et aura droit en plus à la nourriture, au logement, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage. Les demandes devront être adressées à M. le directeur-médecin en chef de l'asile de la Roche-Gandon, à Mayenne, chargé de les centraliser et de les transmettre à M. le Préfet de la Mayenne. Chaque demande devra être accompagnée des pièces suivantes : 1° acte de naissance, 2° certificat de scolarité, 3° extrait du casier judiciaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Beretmng om den Kellersk aandssvageanstalt i Breynaig. In-8° de 40 pages. Veyle. 1903.

CAPPELLETTI (Luigi). — *La nevrastenia.* 1 vol. in-12 de 490 pages. Hevèpli.

GARNIER. — *Rapport médical de l'asile départemental d'aliénés de Dijon.* In-8° de 92 pages. Dijon.

DE MATTOS (Julio). — *L'assistance des aliénés criminels au point de vue législatif.* In-8° de 16 pages. Porto.

ROBINOVITCH. — *The Genesis of épilepsy.* In-8° de 38 pages.

RÉGIS. — *Les délirants des hôpitaux. — Leur assistance. — Leur utilité au point de vue de l'enseignement.* In-8° de 32 pages.

VAN GEHUCHTEN (A.). — *Le Névraxe. — Recueil de neurologie normale et pathologique.* 5. vol. in-8°. Imp. des Trois-Rois. Louvain.

VALENTI (Adriano). — *Aromatici e nervini nell' alimentazione.* 1 vol. in-12 de 338 pages. Hvèpli. Milano.

WOODWORTH (R.-S.). — *Le mouvement.* 1 vol. in-18 de 425 pages avec 15 figures. Librairie Doin, place de l'Odéon. Prix : 4 francs.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I

Observ. de Deba..., p. 103

Face externe de l'hémisphère droit

F^1, F^2, F^3, 1re, 2e, 3e circonvolutions frontales.
LPS, lobe pariétal supérieur.
LPI, lobe pariétal inférieur.
F, Fourche.
PA, circonvolution pariétale ascendante.
FA, circonvolution frontale ascendante.
SR. sillon de Rolando.
PC, pli courbe.
LOC, lobe occipital.
LO, lobe orbitaire.
T^1, T^2, T^3, 1re, 2e. 3e circonvolutions temporales.
Sc S., scissure de Sylvius.
Sc *fi*,, scissure frontale supérieure.
Sc *fi*., scissure frontale inférieure.
Sc *p*, scissure parallèle.

Planche II

Observ. de Deba..., p. 104.

Face interne de l'hémisphère droit

F^1, Première circonvolution frontale.
LP, Lobule paracentral.
CC, corps calleux.
CS, corps strié.
CO, couche optique.
CA, Corne d'Ammon.
CH, Circonvolution de l'hippocampe.
TO, Circonvolution temporo-occipitale.
T^2, 2e circonvolution temporale.
LO, Lobule orbitaire
Sc *c m*, scissure calloso-marginale.
Sc *pi*, scissure perpendiculaire interne.
Lc *to*², 2e scissure temporo-occipitale.
Sc *a*, Scissure calcarine.

Planche III

Voir la légende, p. 119.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 12-1903.

Volume XVI, 2e série (1903) (25e ANNÉE) Numéro 96 (Décembre).

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR J.-M. CHARCOT

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1903

Sommaire du n° 96

DÉCEMBRE 1903.

DES ENFANTS ANORMAUX

et en particulier des Arriérés, Nerveux, Epileptiques et Aliénés. (Assistance, Traitement, Education).

La *Gazette des Bains de Mer de Royan* du 14 septembre a relaté un acte de *Sadisme* commis par un malheureux, deux fois anormal, car il est atteint de *surdi-mutité* et *d'arriération intellectuelle*, compliquées de *perversion morale*. Ce cas n'est pas une exception. Des actes répréhensibles de tous genres sont commis journellement par des anormaux, sourds-muets et idiots, adultes et enfants. Les journaux en rapportent fréquemment des exemples, sans compter les séquestrations ou les mauvais traitements dont ils sont l'objet dans leurs familles. Beaucoup d'*enfants martyrs* sont des *malades* que leurs parents considèrent comme *vicieux* et auxquels ils infligent des corrections de plus en plus violentes, barbares.

Ces anormaux adultes, après une enfance et une adolescence plus ou moins accidentées ou misérables, deviennent dangereux, commettent des vols, des attentats divers, des actes de sadisme, comme le sourd-muet imbécile dont nous venons de parler. Ils sont arrêtés, parfois condamnés à tort, ou envoyés dans un asile d'aliénés, leur véritable place, d'autres fois relâchés. C'est ce qui a eu lieu, par exemple, pour notre sourd et muet ; on l'a relaxé, après ses premiers méfaits, — des vols, — jugeant qu'il avait agi sans discernement. En liberté, ces malades recommencent, sont la risée du public, l'objet de vexations de la part des enfants qui s'en amusent. En tout cas, que les anormaux adultes soient *emprisonnés* ou *hospitalisés*, ils sont une charge pour la Société. A cause de leur âge, qui les rend incurables, les sacrifices sont faits en pure perte. C'est pendant leur enfance qu'il aurait fallu s'occuper d'eux. « A l'asile d'aliénés, a dit le docteur Courjon dans une intéressante communication au Congrès d'Ajaccio de l'*Association française pour l'avancement des sciences* (1901), les *anormaux* sont protégés contre les dangers de la rue, soit ; mais, par contre, mélangés le plus souvent aux aliénés adultes, ils sont exposés à tous les inconvénients, à tous les périls d'une promiscuité parfois révoltante ; faute de recevoir les soins pédagogiques utiles, ils voient leur état s'aggraver de jour en jour... Placer un idiot dans un asile d'aliénés, au lieu de le mettre dans un établissement d'éducation spéciale, sous prétexte de moindre dépense, revient à enfermer un malade dans un hôpital où on le laisserait mourir sans secours, faute de medicaments qui le sauveraient et parce que ces médicaments sont trop coûteux. »

Aujourd'hui, on sait qu'il est possible de guérir souvent, d'améliorer presque toujours, la majorité de ces malheureuses victimes de l'hérédité, de l'alcoolisme des procréateurs, des accidents de la grossesse, d'une mise au jour laborieuse, des maladies infectieuses, des convulsions, des traumatismes de la tête (1), des mauvaises habitudes, etc. Dans l'intérêt de ces enfants, dans son propre intérêt, que doit faire la Société ?

---

(1) Jamais on ne devrait frapper les enfants sur la tête, ainsi que le font encore trop souvent des parents qui se croient tout permis sur leurs enfants.

Pour tous, il faut créer des *asiles-écoles* et, en outre, dans les villes, des *classes spéciales*, et les y soumettre au *traitement médico-pédagogique*, suivant l'expression du docteur Bourneville. Il n'y a pas de département qui, malheureusement, n'ait assez d'enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, etc., pour justifier de semblables institutions. La loi sur l'obligation de l'instruction primaire impose ces créations aux départements et aux villes, puisque ces enfants ne peuvent être envoyés aux écoles ordinaires.

Jusqu'ici, en dehors de la Seine, il n'y a que quelques départements qui ont abordé timidement cette réforme, accomplie dans la plupart des pays étrangers, entre autres la Seine-Inférieure et la Vendée, sur l'initiative des docteurs Giraud et Cullerre. C'est la Seine qui a donné l'impulsion, sans être parvenue pourtant à donner l'assistance et l'éducation à tous ses enfants anormaux (1). Le docteur Courjon, dans le travail que nous avons cité, rappelle comment cette réforme s'est accomplie : « Médecin de Bicêtre depuis de longues années, Bourneville y a organisé et créé de toutes pièces son service d'enfants anormaux. A force de patience et de tenacité, il a réussi à arracher sou par sou, aux pouvoirs publics, les sommes indispensables à la fondation de son œuvre, qui restera comme un modèle du genre.....

« Après avoir créé la section des enfants arriérés et épileptiques de Bicêtre, qui renferme 440 garçons, et organisé la Fondation Vallée, qui contient 200 filles, établissements consacrés aux enfants pauvres, il a fondé à Vitry-sur-Seine, pour les enfants de familles riches ou aisées, un établissement qu'il a dénommé *Institut médico-pédagogique*, afin de préciser sa destination. »

Nous ne pouvons entrer dans le détail de la *méthode d'éducation spéciale* qui est employée dans ces établissements et sur les nombreux *procédés* qui la composent. Nous nous bornerons à dire que les enfants sont occupés depuis le matin jusqu'au soir, que les leçons de choses, la gymnastique, les exercices physiques, l'instruction proportionnée au degré intellectuel des enfants, y occupent le premier rang.

A l'*Institut médico-pédagogique*, les enfants sont naturellement séparés par sexe, *groupés*, suivant leur état intellectuel et aussi d'après les complications qu'ils présentent. Outre les enfants *arriérés* de toutes catégories, l'Institut reçoit les enfants *instables*, *indisciplinés*, atteints dans leurs *facultés morales*, sujets à des *impulsions* dues à *l'irritabilité nerveuse*.

Le *traitement médico-pédagogique* doit être institué le plus tôt possible, dès qu'on a constaté l'arriération ou les perversions morales. Dans les établissements de l'Assistance publique, on les admet avec raison à partir de *deux ans*. Il en est de même à l'*Institut médico-pédagogique*. C'est donc à tort, et parce qu'ils sont insuffisamment renseignés, que des médecins, même très instruits, ajournent l'application du traitement. En voici la preuve, fournie par un garçonnet de cinq ans et demi que nous avons vu récemment et dont l'état peut se résumer ainsi.

« Il pince, pousse, renverse, griffe ses petits camarades ; leur donne des coups, trouble leurs jeux, est turbulent, sans cesse en mouvement, menace de casser, de briser, de tuer

---

(1) La Seine hospitalise plus d'un millier d'enfants idiots et épileptiques.

son petit frère qu'il taquine et *rend comme lui*. Sa prononciation, son attention, son raisonnement, sont très défectueux. Il n'a qu'une conscience imparfaite du danger. Dans les périodes d'énervement, les *impulsions* sont plus accusées et il pousse des cris. La main est très maladroite. Enfin ses facultés intellectuelles, qui auraient été normales jusqu'à deux ans et demi, ont été arrêtées dans leur développement à la suite de convulsions graves. »

Pour nous, cet enfant aurait dû être soumis depuis deux ans déjà au *traitement médico-pédagogique* qui, chez lui, aurait certainement donné d'excellents résultats. C'est un enfant qui pourrait devenir normal si le traitement était poursuivi un *temps suffisant*. Plus on attendra, plus la situation s'aggravera. Et cependant on a conseillé d'ajourner le placement. Les parents maintenant s'inquiètent à cause de ses menaces envers son frère et parce que celui-ci a des tendances à l'imiter, ce qui, soit dit en passant, justifie l'isolement des petits malades de ce genre.

Notre but sera atteint si nous avons pu montrer la nécessité de l'assistance et de l'éducation de la catégorie des *enfants anormaux* et des *malades* que nous avons plus particulièrement visée ; si nous avons pu faire comprendre la possibilité de leur procurer une amélioration sérieuse, souvent même une guérison complète, lorsque le *traitement médico-pédagogique* est appliqué de bonne heure et durant tout le temps nécessaire. Que de bien serait réalisé, si l'on partageait notre conviction, au bénéfice incontestable d'une foule d'enfants, intellectuellement et moralement déshérités !

Dr FREEMAN.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 7918